

# VU Research Portal

## **Roze bril of oogkleppen? De visie van betrokken stakeholders op personalisering van zorgtechnologie.**

Ayoubi, K.; Bitter, N.A.; Bouwman, R.J.R.; Errami, A.; Kamphuis, L.; Knibbe, J.W.; Oudshoorn, E.R.; Paalberends, E.R.; Rens, I.J.C.; Wijk, M.H.F.; de Zeeuw, J.; de Cock Buning, J.T.

2009

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Ayoubi, K., Bitter, N. A., Bouwman, R. J. R., Errami, A., Kamphuis, L., Knibbe, J. W., Oudshoorn, E. R., Paalberends, E. R., Rens, I. J. C., Wijk, M. H. F., de Zeeuw, J., & de Cock Buning, J. T. (2009). *Roze bril of oogkleppen? De visie van betrokken stakeholders op personalisering van zorgtechnologie*. VU Vrije Universiteit.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

# Roze bril of oogkleppen?

De visie van betrokken stakeholders op de personalisering van zorgtechnologie

K. Ayoubi, N.A. Bitter, R.J.R. Bouwman, A. Errami, L. Kamphuis, J.W. Knibbe, L.B. Oudshoorn, E.R. Paalberends, I.J.C. van Rens, M.H.F. van Wijk





# Voorwoord

Medische technologie die voorheen alleen via de huisarts of specialist verkregen kon worden, is tegenwoordig commercieel verkrijgbaar via internet, drogisterij of supermarkt. Denk bijvoorbeeld aan bloeddrukmeters en zelftests (bloedsuiker, cholesterol, soa's). Het medische en het niet-medische domein elkaar gaan doorkruisen.

Het Rathenau Instituut heeft onderzoek gedaan naar de ontwikkelingsdynamiek die ten grondslag ligt aan de opkomst van deze zelfzorgmarkt. In dat onderzoek staan twee vragen centraal. De eerste vraag betreft de huidige sociale, maatschappelijke en culturele trends die ten grondslag liggen aan de opkomst van de zelfzorgmarkt. Hoe past de opkomst van de zelfzorgmarkt binnen deze trends? De tweede vraag gaat in op de rolverandering van betrokkenen door de beschikbaarheid van technologie op de zelfzorgmarkt. Wat heeft het vermarkten van medische technologie buiten het strikt medische domein voor gevolgen voor de betrokkenen zoals de patiënt, producent en overheid?

Het onderzoek van het Rathenau Instituut naar de opkomst van de zelfzorgmarkt heeft geresulteerd in het rapport 'Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik' (2009). Hierin worden aanbevelingen gedaan aan de belangrijkste actoren. Door inzicht te verschaffen in de dynamiek en spanningsvelden die de ontgrenzing van het medisch domein teweegbrengt, beoogt het Rathenau Instituut de betrokkenen uit te dagen invulling te geven aan het maatschappelijk belang van de zelfzorgmarkt.

Wat vinden diverse betrokkenen van de ontwikkeling van deze zelfzorgmarkt? Met deze vraag zijn studenten van de master opleiding 'Management, Policy-Analysis and Entrepreneurship in Health and Life Sciences' aan de Vrije Universiteit Amsterdam aan de slag gegaan. In het kader van het vak 'Analysis of Governmental Policy' hebben zij een aantal betrokkenen geïnterviewd, met het Rathenau Instituut als opdrachtgever. De studenten hebben de conclusies en aanbevelingen uit het rapport voor gelegd aan een aantal stakeholders. Onderschrijven betrokkenen de analyse van het Rathenau Instituut? En hoe denken zij over de aanbevelingen die aan hen worden gedaan?

Van dit onderzoek hebben zij een verslag voor hun opleiding geschreven. De resultaten zijn voor ons verdere onderzoek relevant. Wij hebben de studenten dan ook gevraagd om een presentatie te geven tijdens een debat over het rapport 'Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik' op 21 januari 2010. Bij de voorbereiding van die presentatie werd het ons duidelijk dat we de achtergrond van die presentatie breder toegankelijk willen maken. Om die reden is hebben de betrokkenen van de Vrije Universiteit Amsterdam (VU) en het Rathenau Instituut besloten de resultaten van het onderzoek als webpublicatie beschikbaar te stellen. Hiertoe is het initiële onderzoeksrapport grondig herzien en zijn de interviews geautoriseerd.

Graag bedank ik de studenten die het onderzoek hebben uitgevoerd: Karim Ayoubi, Neis Bitter, Renee Bouwman, Aissam Errami, Loes Kamphuis, Jan Willem Knibbe, Leanne Oudshoorn, Rosalie Paalberends, Ilse van Rens en Marjolein van Wijk. Daarnaast wil ik ook Prof. dr. Tjard de Cock Buning en Janine de Zeeuw MSc van het Athena Instituut (VU Amsterdam) bedanken. Zij hebben de studenten begeleid. Dr. Lotte Asveld en Drs. Michiel Besters van het Rathenau Instituut hebben als

opdrachtgever gefungeerd en hebben, in nauwe samenwerking met de begeleiders en de studenten, het onderzoeksrapport omgewerkt tot deze publicatie.

Frans W.A. Brom, Hoofd Technology Assessment

# Inhoudsopgave

Voorwoord .....	3
1 Inleiding .....	6
2 Methoden van onderzoek.....	8
2.1 Selectie stakeholders .....	8
2.2 2.2 Structuur interviews.....	8
2.3 Analyse interviews .....	9
3 Probleemanalyse.....	11
3.1 Doel van het onderzoek .....	11
3.2 Onderzoeksvragen.....	11
4 Resultaten .....	12
4.1 De relatie tussen stakeholder en zorgtechnologie.....	12
4.2 De relatie tussen stakeholder en zorgconsument.....	16
4.3 De stakeholders, zorgconsumenten en zorgtechnologie binnen het maatschappelijke veld .....	18
4.4 De aanbevelingen van het Rathenau Instituut .....	19
4.5 Discussie .....	24
5 Conclusie.....	28
6 Aanbevelingen.....	30
6.1 De patiënt/zorgconsument moet zich laten coachen .....	30
6.2 Patiëntenorganisaties en ouderenbonden: een cruciale rol vervullen in die coaching .....	30
6.3 Zorgverzekeraars: bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe zorgtechnologie en de kwaliteit van deze technologieën bewaken.....	30
6.4 Professionele zorgverleners: investeren in kennis over nieuwe zorgtechnologie .....	31
6.5 Producenten van zorgtechnologie: allianties sluiten en netwerken opzetten.....	31
6.6 De overheid: bestaande sturingsmechanismen anders inzetten .....	31
6.7 Onderzoekers moeten benaderingen ontwikkelen om de dynamiek van techniekontwikkeling goed te conceptualiseren .....	32
6.8 Verantwoordelijkheid.....	32
6.9 Financiële aspecten .....	32
Verantwoording .....	33
7 Bijlagen.....	34
7.1 Bijlage 1: Algemeen interview design .....	34
7.2 Bijlage 2: Samenvatting interviews .....	36
7.3 Bijlage 3: Coderingsboom .....	61
7.4 Bijlage 4: Matrix.....	1

# 1 Inleiding

Door ontwikkelingen in de samenleving, zoals de vergrijzing, zal zorgtechnologie voor veel mensen steeds meer een onderdeel van het dagelijks leven worden. Verwacht wordt dat de populatie van 65-plussers de komende twintig jaar zal verdubbelen en het aantal jongeren zal krimpen. Hierdoor zal de vraag naar zorg stijgen terwijl het aantal mensen dat zorg kan verlenen, daalt.. Er zal meer behoefte zijn aan zorgtechnologieën die een personeelstekort in de zorg kunnen aanvullen. Producenten van zorgtechnologieën spelen hier op in, door bijvoorbeeld thuiszorgtechnologieën te ontwikkelen. Ook de overheid stimuleert deze ontwikkelingen ten behoeve van verkorting van opnameduur in ziekenhuizen en andere zorginstellingen.

Echter, zorgtechnologieën zijn tegenwoordig niet meer strikt voorbehouden aan het medische domein. Zorgtechnologieën worden steeds toegankelijker voor de gewone burger. Er ontstaat een nieuwe zelfzorgmarkt, waarop zowel patiënten als niet-patiënten een rol als zorgconsument zullen vervullen. Dit houdt in dat burgers een actieve, verantwoordelijke rollen aannemen wat betreft hun eigen gezondheid. Die zullen met hun vragen de aangeboden zorg beïnvloeden. De personalisering van zorgtechnologieën is een ontwikkeling die hieraan parallel loopt. De technologieën en apparaten zullen meer worden toegespitst op de behoeften en wensen van consumenten.

Hiernaast zal de nadruk steeds meer op preventie van ziekte komen te liggen in plaats van op genezing. De zorgconsumenten worden hierdoor steeds meer expert op het gebied van hun eigen gezondheid. De traditionele domeingrenzen in de zorg zullen veranderen. “Ziek” of “gezond” zijn krijgen nieuwe dimensies en grenzen tussen het solidariteitsbeginsel en de individuele verantwoordelijkheid verschuiven. Daarbij zullen stakeholders als de overheid, zorgverzekeraars, burgers en artsen hun rol zien veranderen. Verder komen er nieuwe stakeholders om de hoek kijken.

Het Rathenau Instituut heeft in 2009 een rapport over opkomende technologieën in de gezondheidszorg uitgegeven: ‘Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik’. Dit rapport beschrijft een aantal veranderingen in de gezondheidszorg en samenleving als gevolg van nieuwe zorgtechnologieën. Het biedt inzichten in de dynamiek en de spanningen binnen de gezondheidszorg. Op basis van de verkregen inzichten zijn in het rapport aanbevelingen gedaan aan verschillende stakeholders. Deze hebben betrekking op hun rollen in de veranderingen die plaats vinden als gevolg van de personalisering van zorgtechnologieën.

In dit onderzoeksrapport zullen de conclusies en resultaten van de Rathenau publicatie centraal staan. Er wordt ingegaan op de visies, meningen en ideeën van verschillende stakeholders op de veranderingen in de maatschappij, en op hun rollen hierin, als gevolg van de opkomst van nieuwe zorgtechnologieën. Hiertoe is een negental stakeholders geselecteerd. De geselecteerde stakeholders zijn afkomstig uit verschillende werkvelden, zodat een zo breed mogelijk beeld van het probleem wordt verkregen:

- Prof. dr. L. de Witte, hoogleraar Health Technology, Universiteit van Maastricht, lector aan de Hogeschool Zuyd, Heerlen

- Dhr. D. Sietses, manager van het Health Innovation Fund, onderdeel van participatiemaatschappij Residex
- Dhr. F. Pörtzgen, directeur-architect bij Wiegerinck
- Dhr. J. van Ginneken, senior beleidsmedewerker Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
- Dhr. R. Adolfsen, voorzitter Raad van Bestuur Agis Zorgverzekeringen
- Mevr. M. Huisman, medewerker bij Cordaan Thuiszorg, Amsterdam
- Mevr. dr. J. Hansen, hoofdinspecteur Geneesmiddelen en Medische Technologie bij de Inspectie van de Gezondheidszorg, Utrecht
- Prof. dr. H. Rietman, hoogleraar Revalidatiegeneeskunde en -technologie van de Universiteit Twente
- Mevr. dr. M. Roovers, ethica in Medisch Ethische toetsingscommissies

## **Dankwoord**

In het kader van het vak 'Analysis of Governmental Policy' hebben wij, een groep van tien studenten, de opdracht gekregen om de conclusies en aanbevelingen van Rathenau-rapport voor te leggen aan verschillende stakeholders. Het betreffende vak maakt onderdeel uit van de masteropleiding 'Management, Policy-Analysis and Entrepreneurship in Health and Life Sciences' van de Vrije Universiteit Amsterdam. Graag willen wij de coördinator, Prof. dr. Tj. De Cock Buning, onze begeleider, mevr. J. de Zeeuw MSc. van het Athena Instituut (Faculteit Aard- en Levenswetenschappen) en mevr. dr. L. Asveld en drs. M. Besters van het Rathenau Instituut bedanken voor de begeleiding tijdens ons onderzoek. Toen de mogelijkheid zich voordeed om van ons onderzoek tot een Rathenau publicatie te maken, hebben wij ons initiële onderzoeksrapport grondig herzien. Bij de totstandkoming van de uiteindelijke Rathenau publicatie zijn wij een extra woord van dank verschuldigd aan mevr. J. de Zeeuw MSc en drs. M. Besters, die beiden een groot deel van het redactiewerk voor hun rekening hebben genomen.



## 2 Methoden van onderzoek

Door middel van semigestructureerde interviews zijn de visies van negen stakeholders met betrekking tot maatschappelijke veranderingen ten gevolge van zorgtechnologie in kaart gebracht. Op deze manier wordt getracht de hoofdvragen te beantwoorden: *‘Wat is de visie van verschillende stakeholders met betrekking tot de veranderingen in de maatschappij als gevolg van personalisering van zorgtechnologie en hoe zien zij hun potentiële rol hierin?’*.

### 2.1 Selectie stakeholders

Naar aanleiding van de literatuurstudie en een interview met de opdrachtgever, het Rathenau Instituut, zijn verschillende stakeholders benaderd om een breed beeld te verkrijgen. Uiteindelijk zijn de stakeholders geselecteerd op basis van relevantie met betrekking tot het onderwerp van deze studie en respons. Per vakgebied is één stakeholder geïnterviewd, die worden genoemd in de inleiding van dit rapport.

Er zijn negen interviews afgenomen met stakeholders die werkzaam zijn in verschillende vakgebieden. De interviews namen ongeveer een uur in beslag en zijn afgenomen op een locatie die het beste uitkwam voor de geïnterviewde. Er werden geluidsopnamen gemaakt van het interview, waarvoor voorafgaand aan het interview toestemming is gevraagd. Op deze manier kon het interview goed getranscribeerd worden voor een duidelijke data-analyse. Tevens werden er notulen gemaakt door een notulist. Aan het einde van de interviews zijn de geïnterviewden bedankt middels een presentje.

Er is door de korte tijdsduur van het onderzoek maar één stakeholder per vakgebied geïnterviewd. Dit is jammer, aangezien er bij meerdere interviews per vakgebied een vollediger beeld kan worden geschetst en veel meer diepgang kan worden gecreëerd. Er is een lijst gemaakt met verschillende stakeholders met een relevante waarde. Vanwege de tijdsdruk zijn er een groot aantal stakeholders benaderd, waarna een selectie is gemaakt uit de mensen die het snelst reageerden. Hierdoor kan er selectiebias zijn opgetreden, wat als consequentie heeft dat de eindresultaten kunnen zijn beïnvloed. Verder zijn alle negen interviews gehouden door verschillende personen, dit kan de resultaten hebben beïnvloed. Door het vooraf opsturen van de samenvatting van het rapport van het Rathenau Instituut naar de geïnterviewden, konden dezen zich goed voorbereiden op het interview en verkregen ze een goede indruk van de onderwerpen van dat interview. Het wel of niet lezen van deze samenvatting zou de resultaten kunnen hebben beïnvloed vanwege een informatiebias. De stakeholders zijn elk afkomstig uit een ander vakgebied en zien daardoor voor zichzelf een andere rol in de zelfzorgmarkt. Daarnaast is hun visie op hun eigen rol en op de rol van andere stakeholders divers.

### 2.2 Structuur interviews

Er is gekozen voor een semigestructureerde opzet van de interviews, omdat het onderwerp en bepaalde concepten die aan bod moesten komen voorafgaande aan de interviews waren bepaald. Met behulp van een achtergrondstudie zijn de belangrijkste concepten en actoren met betrekking tot

het onderwerp in kaart gebracht. Deze concepten en actoren zijn: de zorgconsument, zorgtechnologie, stakeholders en het Rathenau Instituut; zij vormen de basis voor de subvragen in dit rapport.

De basis voor het interview waren de subvragen van dit onderzoek. Gebaseerd hierop is een algemeen interview design gemaakt, zie bijlage 1. Dit interview design vormde de basis voor alle interviews met de stakeholders en deze is afhankelijk van de functie van de geïnterviewde aangepast. Op deze manier kon er dieper op bepaalde aspecten, worden ingegaan, die van specifiek belang voor de desbetreffende stakeholder waren. Er is gestart met een aantal algemene vragen, om een indruk te krijgen van de functie van de geïnterviewde en zijn of haar relatie met betrekking tot de zorgtechnologie en de personalisering daarvan. Vervolgens is er ingegaan op het begrip 'zorgconsument', zodat de mening over dit onderwerp goed in kaart kon worden gebracht. Zodra dit begrip duidelijk was, werd er overgegaan op de stakeholders rol als actor. Dit werd interessant gevonden, omdat via deze weg meer diepte-informatie verkregen kon worden over hoe de persoon in alle ontwikkelingen staat en hoe hij of zij zichzelf daarin ziet. Daaropvolgend is gevraagd naar de stakeholders eigen mening, ideeën, visie wat betreft andere betrokken stakeholders en wat de mening is van de geïnterviewde over de rollen van deze stakeholders. Als laatste kwamen de aanbevelingen uit het rapport van het Rathenau Instituut aan bod. Deze zijn voorgelegd aan de geïnterviewden, die werd gevraagd om hierop te reageren en een mening hierover te geven.

Een kanttekening bij de interviews is dat vragen op verschillende manieren kunnen worden geïnterpreteerd door de stakeholders. Om dit risico te reduceren is afgesproken om vooraf de begrippen te definiëren tijdens het gesprek, zodat voor iedere geïnterviewde stakeholder duidelijk was wat er bedoeld werd. Verder zijn sommige begrippen niet in alle interviews aan bod gekomen. Het wil niet altijd zeggen dat de geïnterviewden geen mening hebben over bepaalde onderwerpen. Dit is afhankelijk van de interviewer, maar ook waarop de geïnterviewden zelf de nadruk leggen. Alle interviews zijn afgenomen door verschillende personen. De consistentie van de resultaten zouden beïnvloed kunnen zijn door een verschil in interviewstijlen en het beperkte aantal geïnterviewde stakeholders. Om deze effecten te minimaliseren, zijn alle interviews gehouden volgens een algemeen interviewdesign, waarbij een aantal vragen is aangepast aan het vakgebied van de stakeholders.

## 2.3 Analyse interviews

Met behulp van de transcripten is een begin gemaakt met de gestructureerde analyse door een samenvatting te maken per interview, zie bijlage 2. Deze samenvatting is ter goedkeuring opgestuurd naar de geïnterviewde, die toevoegingen en opmerkingen kon plaatsen. Goede interpretatie van de interviews werd hiermee verzekerd en dit kwam de validiteit van de resultaten ten goede. De categorieën en labels, die gebruikt zijn voor de analyse van de interviews, zijn van tevoren opgesteld in een coderingsboom, zie bijlage 3. Deze categorieën zijn gebaseerd op de subvragen, die uit het theoretisch kader naar voren zijn gekomen. Vanwege de verscheidenheid aan stakeholders is de ruimte gelaten om per interview een aantal losse labels toe te voegen. Op deze manier konden andere mogelijk belangrijke punten per interview worden meegenomen, ook als die niet onder een vastgelegd label vielen. Aan de hand van de coderingsboom is een matrix gemaakt waarin de labels werden uitgezet tegen de geïnterviewden, zie bijlage 4. In deze matrix wordt per stakeholder kort genoemd wat hij of zij over dat label heeft gezegd. Zo worden de resultaten inzichtelijk gemaakt, wat

het analyseren van de data vergemakkelijkt. Deze werkwijze zorgt ervoor dat alle interviews op één en dezelfde manier werden geanalyseerd. Dit komt ten goede aan de consistentie van de resultaten.

## 3 Probleemanalyse

De opkomst van zorgtechnologieën brengt verschillende veranderingen in de maatschappij teweeg. De personalisering van zorgtechnologie heeft tot gevolg dat zowel patiënten als niet-patiënten worden gezien als zorgconsument, de verhouding tussen solidariteit en individualisering verandert en betrokken stakeholders zien hun huidige rol in de maatschappij veranderen. Echter, de visies, ideeën en meningen van betrokken stakeholders zelf met betrekking tot deze veranderingen zijn onvoldoende bekend.

### 3.1 Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de visies, ideeën en meningen van betrokken stakeholders met betrekking tot de verschuiving van hun eigen rol en die van de zorgconsument ten gevolge van de opkomst van nieuwe zorgtechnologieën op basis van de aanbevelingen, beschreven in het Rathenau-rapport: “Medische Technologie, ook geschikt voor thuisgebruik?”. Beoogd wordt een adviesrapport voor vervolgonderzoek te schrijven voor het Rathenau Instituut.

### 3.2 Onderzoeksvragen

#### 3.2.1 Hoofdvraag

Wat is de visie van verschillende stakeholders met betrekking tot de veranderingen in de maatschappij als gevolg van personalisering van zorgtechnologie en hoe zien zij hun potentiële rol hierin?

#### 3.2.2 Subvragen

- Hoe zien de stakeholders hun rol in het veranderingsproces als gevolg van de personalisering van zorgtechnologie?
- Wat verstaan stakeholders onder het begrip zorgconsument?
- Welke mogelijke maatschappelijke veranderingen zien de stakeholders als gevolg van zorgtechnologieën?
- Wat vinden de stakeholders van de aanbevelingen die het Rathenau Instituut doet in het rapport ‘Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik’?

# 4 Resultaten

De resultaten uit dit hoofdstuk vormen de antwoorden op de vier subvragen (paragraaf 3.3.2). De meningen van de verschillende stakeholders zijn vaak divers. Daarom is besloten om de verschillende meningen te beschrijven. Deze worden aangevuld met citaten uit de interviews.

## 4.1 De relatie tussen stakeholder en zorgtechnologie

Hieronder wordt de relatie beschreven tussen de verschillende stakeholders met zorgtechnologieën. De verschillende stakeholders zijn elk op hun eigen manier betrokken bij zorgtechnologie. Hun rol ten opzichte van zorgtechnologie wordt hieronder omschreven. Daarnaast kan de beschikbaarheid van zorgtechnologie invloed hebben op hun visies en rollen ten opzichte van de maatschappelijke veranderingen die zorgtechnologie met zich meebrengt. Niet alleen de huidige en toekomstige rollen van de stakeholders zullen worden beschreven, maar ook hun visie op de rollen van andere stakeholders. Daarnaast zullen de visies van de stakeholders op het gebied van verschuiving en personalisering van zorgtechnologie worden weergegeven.

### 4.1.1 Huidige rol van stakeholders op de zorgmarkt

Twee professoren zijn geïnterviewd, elk met een eigen specialisatie. De professor technologie in de zorg, L. de Witte, probeert door middel van wetenschappelijk onderzoek te definiëren wat precies de behoeftes zijn vanuit de zorg en hoe technologie daarop kan aansluiten en toegepast kan worden. Hij vindt het belangrijk dat de brug tussen techniek en praktijk wordt gelegd; dit is zijn zwaartepunt. Verder vindt hij het belangrijk dat de positie van de patiënt in dit proces versterkt wordt. *“Technologie ter ondersteuning van eigen regie en autonomie is een belangrijk vertrekpunt.”*

De tweede professor, J.S. Rietman, is werkzaam als professor in de Revalidatiegeneeskunde en -technologie aan de Universiteit Twente. Hij werkt daarnaast als revalidatiearts op het Medisch Spectrum Twente en is wetenschappelijk directeur van het onderzoeksinstituut Roessingh Research & Development, dat zich bezighoudt met onderzoek naar technologie in de revalidatiegeneeskunde.

Een ander oogpunt waar vanuit wordt gekeken is de ontwikkelingskant van technologie. Hieronder valt onder andere directeur-architect, F. Pörtzgen van architectenbureau Wiegerinck. Dat voert voor tachtig procent werkzaamheden uit in de zorgsector. Aangezien er het laatste decennium veel veranderd is in ontwerpen van gebouwen, is ervaring met en kennis over nieuwe technologieën erg belangrijk.

D. Sietses is investeerder en werkzaam bij participatiemaatschappij Residex, dat hoort bij het Health Innovation Fund. Het bedrijf is volledig toegespitst op het investeren in jonge innovatieve zorgondernemingen. Het richt zich op de introductie van zorgtechnologieën die gemakkelijk en snel toepasbaar zijn: in kleine initiatieven die veel impact hebben of kunnen krijgen.

Als wordt gesproken over de rollen van verschillende stakeholders, spelen wet- en regelgevende instanties een belangrijke rol. Senior beleidsmedewerker, J. van Ginneken is werkzaam bij het ministerie van VWS op de Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie en houdt zich onder andere bezig met de aanspraak op medische hulpmiddelen en de inhoud van de basisverzekering. J. van Ginneken volgt welke nieuwe technologieën er op de markt komen.

Een instantie die verantwoordelijk is voor de controle van deze wet- en regelgeving is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). J. Hansen is werkzaam als hoofdinspecteur voor de divisie Geneesmiddelen en Medische Technologie van de IGZ. Ze werkt als controleur en toezichthouder en heeft daardoor veel invloed op de gang van zaken bij de implementatie en evaluatie van medische technologieën in Nederland.

Voor de implementatie van zorgtechnologieën zijn verschillende stakeholders nodig. Een partij die hierin een rol speelt, vormen de zorgverzekeraars. R. Adolfsen is voorzitter van de Raad van Bestuur van Agis. Het bedrijf werkt als intermediair tussen zorgverleners, instellingen en verzekerden. Het kan nieuwe behandelingen, technieken en methoden includeren wanneer er een goed business plan achter zit. Tevens is er binnen het bedrijf een participatiemaatschappij die innovaties financiert binnen de zorg. Agis is zelf niet verantwoordelijk voor de zorgtechnologieën, maar poogt de zorg zo efficiënt en effectief mogelijk te laten functioneren, onder andere feedback door van de cliënten op behandelingen.

Ook de thuiszorg neemt een belangrijke positie in. M. Huisman is werkzaam als projectmanager binnen het team Innovatieve Zorg van Cordaan. Hiervoor heeft ze in de thuiszorg gewerkt in Amsterdam. Ze werkt aan verschillende projecten en pilots.

Tot slot het ethische oogpunt. Medisch ethica dr. M. Roovers beweegt zich op vele vlakken, zoals de zwakzinnigenzorg, waar het vaak langzaam gaat met nieuwe technologieën. Ze is voornamelijk werkzaam in medisch-ethische toetsingscommissies. Haar rol in de toetsingscommissies is kritische opmerkingen te plaatsen en te verhelderen, het zien van schijnargumenten, discussielijnen te reconstrueren, waarden te destilleren, en te zien hoe de verhoudingen liggen rondom medisch ethische dilemma's.

#### **4.1.2 Verschuiving van technologie in de zorg**

De huidige zorgtechnologie verplaatst zich gaandeweg ook naar buiten het medische domein. De medisch ethica, de investeerder en de professor technologie in de zorg geven hun mening hierover niet. De andere geïnterviewden hebben hierover wel een visie uitgesproken. De directeur-architect geeft aan dat door nieuwe technologieën goed te blijven ontwikkelen, deze steeds kleiner, lichter en daardoor steeds mobieler zullen worden. Deze veranderingen hebben dus directe gevolgen voor de bouw van zorginstellingen. Hij meent dat verschillende zorgtechnologieën in de loop der tijd zullen verdwijnen uit ziekenhuizen. Echter: *“Er komen ongetwijfeld nieuwe technieken bij die weer lokaal gebonden zijn aan ziekenhuizen en die zich pas later ontwikkelen naar de mensen toe.”*

Dit sluit aan bij de groei van meer zorg-op-afstand in de thuiszorg. Bijvoorbeeld als cliënten een scherm bij hen thuis geïnstalleerd krijgen om contact te maken met onder andere een verpleger. De

professor in de Revalidatiegeneeskunde en -technologie ziet wegens de vergrijzing in de toekomst een rol voor deze zorg-op-afstand.

De vergrijzing wordt ook besproken door de senior beleidsmedewerker. Volgens hem dient de overheid te anticiperen op toekomstige maatschappelijke problemen. Innovaties op het gebied van medische technologie, bijvoorbeeld robotica, kunnen daar volgens de senior beleidsmedewerker een belangrijke rol gaan spelen.

Niet alleen de vergrijzing zorgt voor een verschuiving, ook marktwerking speelt een belangrijke rol. Hoofdinspecteur van de IGZ ziet het als een opkomend en groot dilemma dat zelftests vrij te verkrijgen zijn. Door deze verschuiving van een gereguleerde naar een vrije markt moeten mensen kennis hebben om informatie goed te kunnen interpreteren. Deze kennis missen ze veelal, iets dat de professor in de Revalidatiegeneeskunde en -technologie ook ziet in zijn praktijk.

#### **4.1.3 Visie op personalisering van zorgtechnologieën**

De verschillende stakeholders hebben, logischerwijs, verschillende visies. De professor technologie in de zorg vindt dat er nog een grote mismatch is tussen wat de technologie biedt en wat de behoeften en knelpunten in de zorg eigenlijk zijn. Hier moet beter op worden ingespeeld. Ook volgens de hoofdinspecteur van de IGZ wordt nieuwe zorgtechnologie geïntroduceerd zonder dat men zich vooraf afvraagt hoe en door wie het gebruikt kan worden, en wat de risico's voor gebruikers zijn. De medisch ethica is vooral gericht op goede informatievoorziening. De introductie en implementatie van nieuwe zorgtechnologieën is een onherroepelijke gang van zaken. Ze vindt dat de veiligheid van zorgconsumenten gewaarborgd moet worden.

De manager in de thuiszorg ziet het als positieve ontwikkeling dat de zorg steeds persoonlijker wordt, waardoor de cliënt steeds meer te kiezen heeft. Ze zegt hierover: *“Vanuit de cliënt gezien is het een goede ontwikkeling natuurlijk. De cliënt kan kiezen voor wat hij of zij nodig heeft.”* Echter, ze geeft ook aan dat dit vanwege de huidige wetgeving nog niet altijd mogelijk is. Dit sluit aan bij de visie van het Ministerie van Volksgezondheid, de senior beleidsmedewerker geeft aan dat er bij nieuwe regelgeving meer ruimte mogelijk moet zijn voor maatwerk en innovatieve zorgtechnologieën. Vraagsturing, waarbij het probleem van de patiënt centraal staat, moet het uitgangspunt van kwalitatieve en doelmatige zorg zijn. Dit moet leiden tot maatwerk en gepersonaliseerde oplossingen. Het is vervolgens aan producenten om te zorgen dat de technologie voldoet aan de criteria voor het verzekeringspakket en voldoende toegevoegde waarde heeft om in het pakket opgenomen te worden.

De professor in de revalidatiegeneeskunde en technologie deelt deze mening. Hij vindt het een goede ontwikkeling dat persoonlijk contact met zorgpersoneel deels kan worden ingevuld door technologie, door bijvoorbeeld meer behandeling thuis, of verkorting van opnameduur. Toch benadrukt hij dat het persoonlijk contact belangrijk blijft.

Bij de overige geïnterviewden (de zorgverzekeraar, en de directeurarchitect) kwamen geen duidelijke visie op de personalisering van zorgtechnologie naar voren.

#### 4.1.4 Toekomstige rol van stakeholders op de zorgmarkt

De professor in de revalidatiegeneeskunde en technologie ziet een rol weggelegd voor de huisartsen, paramedici en andere hulpverleners in de centrale regie over de zorgconsumptie van patiënten. Artsen kunnen met hun kennis een leidraad kunnen bieden, in persoonlijk contact. Ze kunnen patiënten ondersteunen bij beslissingen over en het gebruik van betrouwbare technologieën: *“De arts moet toch wat paternaliserend opstellen ten opzichte van de patiënt. Er moet een samenwerkingsverband ontstaan met de patiënt, waardoor diens behoeftes duidelijk worden.”* De manager in de thuiszorg is van mening dat als er nieuwe technologieën geïmplementeerd worden in de thuiszorg, zorgverleners getraind moeten worden in het werken daarmee.

De hoofdinspecteur van de IGZ vindt evaluatie van bestaande medicijnen en producten erg belangrijk gezien vanuit het oogpunt van de inspectie.

De investeerder vindt het moeilijk om voor het Health Innovation Fund een grote rol in de toekomst te visualiseren, aangezien het zorgsysteem zo groot is. Volgens hem gaat het om het geheel.

De medisch ethica ziet haar rol in de toekomst juist hetzelfde blijven. Ze zal zich blijven bezig houden met ethische vraagstukken omtrent de opkomst van nieuwe zorgtechnologieën.

#### 4.1.5 Belangrijke andere stakeholders en rollen

Belangrijke actoren zijn, volgens de senior beleidsmedewerker, producenten, verzekeraars en patiënten. De hele maatschappij dient volgens hem na te denken over de kwestie: *“Er zitten ethische, juridische en morele kwesties aan. Technische aspecten. Zijn wij als maatschappij voldoende voorbereid daarop? Is onze regelgeving toereikend? Hebben we een goed beeld van de betekenis, van de voordelen en eventuele ongewenste neveneffecten?”*

Volgens de investeerder moeten zorgverzekeraars en de overheid nieuwe ontwikkelingen niet in de weg staan met hun regelgeving. De professor in de revalidatiegeneeskunde en technologie vindt dat de overheid niet uitsluitend moet kijken naar regelgeving, maar voornamelijk toezicht moet houden, om de gelijkheid in de zorg te behouden.

Net als de senior beleidsmedewerker, zijn de professor in de revalidatiegeneeskunde en technologie, de medisch ethica en de manager in de thuiszorg ook van mening dat patiënten een belangrijke rol moeten gaan vervullen met betrekking tot nieuwe zorgtechnologieën. Volgens hen moeten patiënten betrokken worden bij de implementatie en evaluatie van bepaalde technologieën: *“De laatste stap naar het gebruikmaken van technologie is vaak een behoorlijke stap dus daar heb je de patiënt bij nodig”*, aldus de professor in de revalidatiegeneeskunde en technologie.

De manager in de thuiszorg, betrokken bij een project met zorg-op-afstand middels een beeldscherm, ziet voor brede implementatie hiervan een rol weggelegd voor stedelijk ontwikkelaars. Volgens haar moeten deze zorgen voor een centraal systeem waarmee de burger kan communiceren met alle belangrijke diensten binnen een stad, zoals de huisarts maar ook de gemeente.

Daarnaast ziet de zorgverzekeraar een belangrijke rol weggelegd voor de wetenschap. Research & Development afdelingen binnen academische ziekenhuizen moeten de ruimte krijgen om onderzoek



naar technologieën te doen. Hij ziet hierin ook een samenwerkingsverband tussen verschillende landen: *“Als iedereen samen onderzoek doet, en iedereen een deel voor zijn rekening neemt, leidt dat sneller tot resultaten.”* Banken en investeerders gaan, volgens de investeerder, ook een belangrijke rol spelen om nieuwe ontwikkelingen binnen de zorgtechnologie mogelijk te maken. Hiernaast zijn, zegt de medisch ethica, opiniemakers en de media belangrijke actoren op het gebied van nieuwe zorgtechnologieën. Volgens de hoofdinspecteur van de IGZ vinden veel stakeholders de zorgtechnologie belangrijk, maar staat deze nog niet hoog op de agenda.

## 4.2 De relatie tussen stakeholder en zorgconsument

Verschillende begrippen en meningen over de zorgconsument worden door de stakeholders beschreven. Ook de vervagende grens tussen ziek en gezondheid, een ontwikkeling die vaak in relatie wordt gezien met de zorgconsument, is in de interviews meerdere keren aan bod gekomen.

### 4.2.1 Begrip van en mening over zorgconsument

In de interviews met de verschillende stakeholders kwam de keuzevrijheid in relatie tot de zorgconsument als een belangrijke waarde naar voren. Zo geeft de zorgverzekeraar aan dat het belangrijk is voor de patiënt om een keuze te hebben. Echter, hij geeft ook aan dat wanneer iemand ziek is, emotionele keuzes worden gemaakt in plaats van rationele. De directeur-architect en de investeerder delen zijn mening. Volgens de directeur-architect is het nog steeds zo dat de patiënten een afhankelijk positie hebben dan normale consumenten.

De investeerder geeft aan dat hij het woord zorgconsument een moderne term vindt. Dit wordt als volgt onderbouwd: *“Het idee erachter, dat je niet zozeer een slachtoffer bent maar dat je in ieder geval iets in de hand hebt en keuze hebt, is natuurlijk heel goed.”* Volgens de manager in de thuiszorg worden mensen *“mondiger dan ooit.”* Ze ziet ook dat er steeds meer zelfmanagement komt. Mensen bepalen zelf wat ze willen.

Volgens de senior beleidsmedewerker impliceert het woord consumeren dat er sprake is van een vrije keuze waarvoor niet altijd een noodzaak bestaat. In het geval van ziekte is vaak geen sprake van een vrije keuze. Consumenten vindt hij meer als vrijwillig gebruik klinken, waarbij er vergeleken en mogelijk uitgesteld kan worden. In het geval van gezondheid en zorg is daarvan niet altijd sprake. De professor in de revalidatiegeneeskunde en technologie denkt dat de patiënt wel in staat is om rationele keuzes te maken, en ziet dit ook als een positieve ontwikkeling: *“...dat als je als patiënt verstandig met je klachten kan omgaan, (...) en je kunt ook heel bewust kiezen bij wie je je zorg wilt consumeren.”*

Er is geen verschil tussen zorgconsument en patiënt, volgens de zorgverzekeraar. Bij zorgverzekeringen neemt de zorgconsument een verzekering af. Dit is dezelfde persoon als de patiënt die de zorg afneemt. De professor Technologie in de Zorg vindt het lastig om het begrip zorgconsument te definiëren: *“Zorgconsument is natuurlijk degene die de zorg gebruikt, maar die zorg gaat er anders uit zien.”* Hij geeft aan dat er steeds meer preventie en monitoring komt en dat het dus lastig is om aan te geven tot welke categorie een bepaalde technologie of een product behoort. Zijn focus ligt vooral op zelfmanagement van mensen wat betreft hun eigen gezondheid en leven. *“Dat je dus die eigen regiemogelijkheden van mensen moet ondersteunen.”*

De hoofdinspecteur van de IGZ geeft duidelijk verschillende definities voor de begrippen 'patiënt' en 'cliënt': *"Dus op het moment dat iemand langdurige zorg nodig heeft zijn het cliënten en anders praten wij over patiënten. "Zorgconsumenten" is niet een begrip dat wij hanteren in ons toezicht"*. Ook de manager in de thuiszorg geeft aan dat er in de thuiszorg niet gesproken wordt over zorgconsumenten, maar over cliënten.

De professor technologie in de zorg vindt dat het niet functioneel is om mensen patiënt te noemen of niet-patiënt. Volgens hem hebben sommige mensen een ziekte of stoornis en daarmee gepaard gaande beperkingen in hun (maatschappelijk) functioneren.

## 4.2.2 Vervagende grens gezond-ziek

De senior beleidmedewerker ziet ook een positieve ontwikkeling als het gaat om kennistoename van zorggebruikers: "Mensen hebben meer mogelijkheden om aan informatie te komen via internet, verenigingen, patiëntenorganisaties en andere media. Er is van veel meer kanten input van kennis. Men is ook kritischer en meer vraaggericht en dat is wel een ontwikkeling die op zich gunstig is." De medisch ethica ziet deze toename van kennis als "iets dat erbij hoort".

Toch ziet de professor in de Revalidatiegeneeskunde en -technologie ook nadelen aan deze input van kennis. Wanneer patiënten veel zorg consumeren en veel informatie aangereikt, zien ze soms "door de bomen het bos niet meer". Hier zouden volgens de professor in de Revalidatiegeneeskunde en -technologie artsen de regie moeten hebben. De medisch ethica ziet hierin een rol voor de overheid, door middel van voorlichting.

De senior beleidsmedewerker geeft aan dat de overheid weinig invloed heeft wanneer het om niet verzekerde zorg gaat. Niet alleen op de zorgmarkt, maar ook op de vrije markt, kunnen burgers als consument allerlei zorggerelateerde producten aanschaffen. De senior beleidsmedewerker ziet ook een rol voor de overheid op het gebied van voorlichting over de voor- en nadelen van zelfzorg. En een rol om in te grijpen wanneer iets een gevaar vormt voor de volksgezondheid.

Volgens de professor in de revalidatiegeneeskunde en technologie kunnen bepaalde preventieve producten die op de vrije markt te koop zijn voor risicogroepen enerzijds een voordeel. Maar anderzijds kunnen die producten ook tot medicalisering van de maatschappij leiden, en tot hogere zorgkosten: "omdat je als patiënt veel meer gericht raakt op wat je allemaal kunt krijgen, (...) dat mensen eerder geneigd zijn om een dokter te consulteren, (...) of preventief overal wat aan laten doen terwijl dat misschien niet nodig is." Ook de medisch ethica ziet medicalisering van de maatschappij als een mogelijk gevolg, en vindt dat dit in de publieke arena aan de orde gesteld moet worden. De zorgverzekeraar vindt dat medicalisering niet ten laste moet zijn van de samenleving, maar stelt dat dit gereguleerd wordt door de inhoud van het verzekeringspakket: "Genetische testen bijvoorbeeld mogen gewoon niet in het basispakket komen. Daarom heet het basispakket: het is een verzekering bedoeld voor de basis."

## 4.3 De stakeholders, zorgconsumenten en zorgtechnologie binnen het maatschappelijke veld

De geïnterviewde stakeholders bekijken de maatschappij vanuit verschillende perspectieven en noemen verschillende veranderingen als gevolg van zorgtechnologie. De belangrijkste maatschappelijke veranderingen zijn het contact met zorgverleners en veranderingen in solidariteit en individualisering. Bij het laatste onderwerp worden ook normen en waarden omtrent zorgtechnologie besproken die volgens de stakeholders belangrijk zijn. Daarnaast geven de stakeholders ook vaak hun mening over de verantwoordelijkheid voor deze normen en waarden.

### 4.3.1 Contact met zorgverleners

De senior beleidsmedewerker ziet zorgtechnologie als een mogelijke oplossing op het gebied van vergrijzing. Nieuwe technologie kan er straks voor zorgen dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen en onafhankelijk zijn. Een nadeel hiervan kan zijn dat er minder menselijk contact is. Dit is naar voren gekomen: *“Niet meer afhankelijk zijn van iemand die op gezette tijden langs moet komen om zorg te geven.... De keerzijde is dan bijvoorbeeld: hoe zit het met menselijk contact? Hoe gaat zich dat ontwikkelen? Is iedereen daar wel blij mee en is onze maatschappij daar klaar voor?”* De manager in de thuiszorg denkt dat mensen in de toekomst langer zelfstandig thuis kunnen wonen en zelfredzamer zullen zijn. Ze denkt dat dit in de toekomst noodzakelijk is omdat er meer zorgvragers zullen zijn dan zorgaanbieders. Wel is hier een verandering nodig in de mentaliteit van zorgaanbieders. Ook de investeerder vindt dat technologieën niet ten koste moeten gaan van de contacturen met de professional, maar dat ze vooral moeten ondersteunen. De professor in de Revalidatiegeneeskunde en -technologie denkt dat het toekomstige tekort aan contact met zorgpersoneel deels kan worden opgevangen door zorgtechnologie. Vermindering van persoonlijk contact tussen patiënt en zorgpersoneel ziet hij niet als een nadeel: *“...het blijkt (...) dat mensen dat ook niet zo erg vinden, dat ze bijvoorbeeld in plaats van 3 keer per week een fysiotherapeut zien hem nu 1 keer zien en die andere 2 keer worden vervangen door een webbased- of programma thuis.”*

De professor technologie in de zorg verwacht dat er in eerste instantie weerstand zal zijn tegen zorgtechnologieën, omdat er minder persoonlijk contact zal zijn, maar dat naar verloop van tijd mensen eraan zullen wennen en voordelen zullen gaan zien. Dit wordt als volgt onderbouwd: *‘Dat zal gewoner worden, ja. Dat er eerst een primaire weerstand is, maar als mensen zien: hé, dat werkt wel, dat is toch eigenlijk wel verdomd handig.’* De professor in de Revalidatiegeneeskunde en -technologie ziet nog een ander voordeel: zorgtechnologie kan de therapietrouw wellicht bevorderen, doordat daarop meer controle mogelijk wordt. Hieraan kleven volgens hem wel ethische bezwaren - deze controle zou ook extreme vormen kunnen aannemen. *“je kunt er natuurlijk in doorslaan, dat je iemand blijft controleren in alles wat hij doet... In welke mate laat je het herstel controleren door een medicus?”*

### 4.3.2 Solidariteit en individualisering

In de interviews zijn vaak spanningen genoemd tussen solidariteit en individualisering ten gevolge van de opkomst van zorgtechnologieën. De visies van de stakeholders zijn vaak onbewust op normen en waarden gebaseerd. De zorgverzekeraar vindt solidariteit belangrijk. Dit blijkt uit het volgende citaat:

*‘‘Kijk maar naar Marokko. Zorg voor elkaar, daarnaar moeten we terug; de burens die voor elkaar zorgen. Dat is ook samenleven. Als iedereen hieraan meedoet, zorgen we goed voor elkaar.’’* Tevens vindt hij dat er individuele vrijheid moet zijn, maar niet ten laste van de samenleving. De overheid heeft de taak het solidariteitsprincipe in de gaten te houden.

Ook de professor in de revalidatiegeneeskunde en technologie ziet een grote rol voor de overheid voor het behouden van gelijkheid in de zorg, vooral in het kader van mogelijke privatisering van de gezondheidszorg in de toekomst. De senior beleidsmedewerker geeft aan dat het zorgverzekeringssysteem in Nederland gebaseerd is op solidariteit voor de medisch noodzakelijke zorg. Daarnaast zijn er individuele keuzes, via aanvullende zorgpakketten.

Ook ziet de senior beleidsmedewerker de mogelijkheid van het volgende spanningsveld in de toekomst rondom het leveren van zorg op maat: *‘‘Als gevolg van meer maatwerk kan het voor burgers niet duidelijk zijn waarom de ene persoon meer zorg krijgt dan de ander’’*.

De investeerder geeft aan dat de trend van genezing naar preventie de solidariteit van de gezondheidszorg in gevaar kan brengen. Hij noemt de gezondheid zelf als de nieuwste religie *‘‘Gij heeft het aan zichzelf te danken als gij ziek word.’’*, als gevolg van de nieuwe trends in de zorgtechnologie. Hij noemt dit een gevaarlijke ontwikkeling en zegt: *‘‘We leven om te leven en niet om de hele tijd op onze gezondheid te letten.’’* Hij geeft aan dat mensen op deze manier constant horen dat het aan henzelf ligt. Dat brengt de solidariteit van de gezondheidszorg in gevaar.

De ethica denkt dat dit aan de orde zal worden gesteld in het publieke debat. Ze zegt: *‘‘De mensen in Nederland zullen zelf gaan uitmaken wat zij van bepaalde dingen gaan vinden , aan de hand van voorlichting en opinies. Dat is een voortdurend proces. Als er bepaalde economische voorwaarden zijn, zal dit resulteren in keuzes’’*.

## **4.4 De aanbevelingen van het Rathenau Instituut**

De reacties en visies van de stakeholders op de aanbevelingen van het Rathenau Instituut worden hieronder beschreven per aanbeveling . Voor de details van die aanbevelingen verwijzen wij naar het rapport ‘Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik’.

### **4.4.1 Aanbeveling: Patiënt/ zorgconsument moet zich laten coachen**

Actoren delen verantwoordelijkheid bij het gebruik van hulpmiddelen, vindt de senior beleidsmedewerker: *‘‘In de wet staat letterlijk dat je niet alleen recht op een hulpmiddel hebt, maar op hulpmiddelenzorg. En daar is zowel de aanbieder van het hulpmiddel verantwoordelijk voor als de gebruiker.’’* De zorgverzekeraar geeft aan dat de problemen vooral liggen bij juiste instructie bij het gebruik van technologieën.

De professor technologie in de zorg vindt niet dat patiënten zich moeten laten coachen. Sommige mensen hebben die kennis helemaal niet nodig. Als het om apparatuur gaat waar risico’s en aansprakelijkheid bij komen kijken ontstaat er echter wel een grijs gebied, maar belangrijk is volgens

hem dat het niet nodig moet zijn om gecoacht te worden als persoon. Techniek moet simpel zijn, dit moet de norm worden. Dat is volgens hem een fundamenteelere oplossing dan mensen gaan coachen.

De investeerder vindt het te ver gaan om patiënten te coachen. Als voorbeeld geeft hij een nieuw apparaat waar je eerst voor naar cursus moet om het te leren gebruiken. "Dan heb je gewoon geen zin meer om dat apparaat te gebruiken." Er moet dan volgens hem iets gemaakt worden dat gemakkelijk werkt en waarmee je zonder al te veel uitleg mee kan werken. Hiervoor zou een korte handleiding gemaakt moeten worden die snel door een huisarts uitgelegd kan worden. Ook de hoofdinspecteur van de IGZ vindt dat technologie zo ontworpen moet zijn dat een gebruiker geen coaching nodig heeft. Dit zou eventueel later altijd nog kunnen, maar het is belangrijker om bij het ontwerp van het product rekening te houden met de doelgroep. "Coachen kan altijd, maar je moet eerst kijken naar het ontwerp." De medisch ethica deelt deze mening.

De professor technologie in de zorg is het eens met de aanbeveling. "Als je een patiënt in de toekomst met een robotachtige applicatie naar huis stuurt, zal die heel goed met de therapeut alle ins en outs van zo'n robot moeten kunnen bespreken (...) zodat de patiënt ook weet wat die moet doen als het niet goed zou gaan, maar daarin ook zijn eigen keuze in kan maken."

Ook de manager thuiszorg vindt dat de cliënt zich moeten laten coachen. Zij beschrijft een functie van een persoonlijke coach: "...die rol van case manager wordt steeds belangrijker." Volgens haar is het voor de huidige groep ook nodig zij getraind worden met het omgaan met de apparatuur. Voor de toekomstige ouderen zal dit volgens haar minder het geval zijn: "Kijk als wij ouderen zijn dan heb je redelijk goed met computers en alles omgaan. En dan is het (...)niet meer zo nodig. Maar nu is het zeker nodig."

#### **4.4.2 Aanbeveling: Patiëntenorganisaties en ouderbonden moeten een rol spelen bij die coaching**

De professor technologie in de zorg is het eens met deze aanbeveling, maar vindt dat men zich af moet vragen of patiëntenorganisaties dit aankunnen. Volgens hem zouden zorgprofessionals patiëntenorganisaties moeten coachen. Ook denkt de professor technologie in de zorg dat patiëntenorganisaties vooral oplossingsgericht zijn. Voor objectiviteit zou er dan toch een derde partij bij betrokken moeten worden. *"Patiëntenorganisaties zijn natuurlijk kwetsbaar. Die staan voor een patiëntengroep met een bepaalde aandoening, en willen graag dat er een bepaalde oplossing voor wordt gevonden, en zijn daardoor minder kritisch op technologie."* De medisch ethica vindt dat dit meer afhankelijk is van het type patiëntenorganisatie, *"het is fijn als er een organisatie is die achter je staat."*

De senior beleidsmedewerker vindt niet dat patiëntenorganisaties een rol moeten hebben bij het coachen van zorgconsumenten. Als het gaat om hulpmiddelenzorg zijn de direct betrokken partijen zoals een arts, zorgaanbieder, leverancier, gebruiker en verzekeraar verantwoordelijk voor ondersteuning bij het gebruik.

De hoofdinspecteur van de IGZ ziet voor patiëntenorganisaties en ouderenbonden niet zozeer een rol in het coachen, maar wel om bij fabrikanten behoeftes van gebruikers van technologie duidelijk te maken. *"Niet coachen in termen, van 'jij hebt een probleem, dat gaan we oplossen via coachen'. Ik*

*zou het veel meer zoeken in het versterken van de countervailing powers om te zorgen dat jouw eisen en jouw wensen gehoord worden door degene die dat apparaat ontwerpt en levert."* De manager in de thuiszorg ziet juist een duidelijke rol weggelegd voor vrijwilligersorganisaties om cliënten te begeleiden in het gebruik van apparatuur.

Volgens de zorgverzekeraar moet er meer worden teruggegaan naar zorgen voor elkaar. De bureaus die voor elkaar zorgen. Hij stelt dat het vinden van menskracht lastig is voor coaching.

#### **4.4.3 Aanbeveling: Zorgverzekeraars: bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe zorgtechnologie en de kwaliteit van deze technologieën bewaken.**

De professor Technologie in de Zorg is het eens met de aanbeveling. Hij vindt dat zorgverzekeraars zelden de neiging hebben om zorgtechnologie te implementeren, vanwege kosten, maar dat ze juist wel een cruciale rol kunnen gaan spelen in het stimuleren van zorgtechnologie. De professor ziet voor de overheid een controlerende rol: *"Zorgverzekeraars (...) maken keuzes die misschien niet altijd met kwaliteit te maken hebben, maar met kosten (...) Het moet dus dat het niet alleen van zorgverzekeraars afhangen of zorgtechnologie geïmplementeerd wordt."*

Volgens de manager in de thuiszorg spelen zorgverzekeraars nu al een grote rol in het ontwikkelen van nieuwe zorgtechnologieën. Een nieuw product zal meer gebruikt worden wanneer verzekerden de kosten ervan kunnen declareren. Verder ziet ze een belangrijke rol voor de zorgverzekeraars als kwaliteitsbewaker.

De senior beleidsmedewerker ziet geen directe rol voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben indirect invloed door het wel of niet opnemen van een product in een pakket, maar het is aan de producenten om producten te ontwikkelen die aantrekkelijk zijn voor de markt. Hij zegt dat het belangrijk is dat de industrie zich gaat focussen op welke vragen er leven in de maatschappij en dat ze daar op moeten anticiperen.

Ook de medisch ethica ziet geen rol voor de zorgverzekeraar: *"Die hebben ook eigen agenda. Je moet ze vreselijk in de gaten houden. Die willen verdienen, geld overhouden, vooral niet teveel betalen als het niet hoeft. Ja, de wereld is slecht. Ze moeten goed bij het handje gehouden worden."*

Voor de zorgverzekeraars ziet de hoofdinspecteur voor de IGZ een belangrijke rol weggelegd in het nu bedenken welke technieken er in 2020 nodig zullen zijn. Dit wordt op dit moment veel te weinig gedaan. Er wordt te veel alleen naar de behoeften van volgend jaar gekeken, in plaats van naar de lange termijn. *"De zorgverzekeraars zouden nu moeten weten, als we kijken naar pakweg 2015, 2020, 2030, wat willen we dan? Welke zorg willen onze verzekerden geven?.... Ze moeten veel eerder in de keten gaan zitten."*

De investeerder vindt dat zorgverzekeraars inzicht moeten bieden in innovaties en alternatieven en de vergoeding ervan. Hij noemde hierbij wel dat het lastig is om te bepalen welke technologieën van goede kwaliteit zijn en welke er dan vergoed worden. Volgens de investeerder zou het voordelig zijn als de verzekeraar zich als waakhond voor de kwaliteit gaat gedragen. Er is volgens hem in Nederland

nog niet veel te kiezen qua type verzekeraar. Ze bieden allemaal ongeveer hetzelfde aan. *“Het zou mooi zijn als ze zich gaan onderscheiden.”*

Volgens de zorgverzekeraar staat kwaliteit hoog in het vaandel. Echter, Agis bewaakt alleen de kwaliteit, en bepaalt die niet. De kwaliteit wordt grotendeels bepaald door de normen die de beroepsgroep van zorgprofessionals opstelt. De beroepsgroep moet zelf kunnen aantonen dat zij zich aan de normen houdt.

Agis heeft hiervoor een ‘vijf lagen’-model opgesteld. Het basale niveau van kwaliteit wordt bepaald door de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ). Agis vertrouwt erop dat een erkende zorgverlener zich in ieder geval hieraan houdt. Dan komt het tweede niveau: de kwaliteitseisen die de beroepsgroep stelt. Het niveau daarboven betreft de omgang met patiënten. Het vierde niveau behelst het contact met patiëntenverenigingen. Het vijfde niveau is het luxe niveau: service.

#### **4.4.4 Aanbeveling: Professionele hulpverleners moeten op de hoogte blijven van gepersonaliseerde zorgtechnologie en geïnvesteerd worden in netwerk van ondersteunende technische diensten**

Volgens de professor Technologie in de Zorg kunnen we niet zonder ondersteunende technische diensten: Het valt en staat met het gebruiksgemak, maar ook met de service die daaraan gekoppeld is. (Die is) misschien wel cruciaal bij het gebruik van technologie." De andere stakeholders hebben niet gereageerd op deze aanbeveling.

#### **4.4.5 Aanbeveling: Producenten van technologie: allianties sluiten en netwerken opzetten**

De senior beleidsmedewerker vindt dat producenten moeten focussen op maatschappelijke problemen omdat daar kansen liggen voor hen: *“Dus niet: wat is er technisch gezien mogelijk? Maar: wat is er maatschappelijk gezien nodig? Producenten kunnen misschien meer samenwerken, met elkaar maar ook met de wetenschap.”*

Volgens de zorgverzekeraar kan samenwerking tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen ook voordelig zijn ter reductie van kosten, maar moet dan wel afgestapt worden van de bestaande denkbeelden over concurrentie.

Integratie van ontwerp en techniek gaan volgens de directeurarchitect een rol spelen en daar moet dan ook op ingespeeld worden. Een aantal voordelen ziet hij in samenwerking met en tussen bedrijven: *“Het is altijd goed als je onderling op de hoogte bent van wat de ander doet, doordat je elkaar kent en met elkaar samen kunt werken natuurlijk.”* Volgens de medisch ethica is dit niet zo. Zij is voor gescheiden verantwoordelijkheden: *“Het gaat allemaal glijden omdat verschillende participanten hun werk niet goed doen, bijvoorbeeld de octrooien bij geneesmiddelen, uiteindelijk komen financiën in het nauw wat resulteert in veel te duur spul.”*

Producenten zullen allianties sluiten als zij denken dat het nut heeft, volgens de hoofdinspecteur van het IGZ. Dit is op het moment ook gaande bij de producenten van imaging technieken: *“Die gaan niet apart werken, er zijn en te weinig specialisten en het is te duur. Als bedrijven baat zien bij een alliantie zullen ze dat zeker doen.”* Verder is het, als het tot een alliantie komt, erg belangrijk dat er iemand is

die deze leidt volgens de hoofdinspecteur van het IGZ. Hier zou een rol kunnen liggen voor de zorgverzekeraars. Zij hebben hier het meeste belang: *"Ik kan me heel goed voorstellen dat er vanuit de rol van de verzekeraars, de verzekeraar heeft uiteindelijk de verantwoordelijkheid om te zorgen dat zijn verzekerde goede zorg krijgt(...) Dan kun je aan bedrijven vragen, en kunt u leveren? En dan kun je vragen, wat zit erin wat kunt u niet leveren?"*

De wetenschapper in de geneeskunde is het eens met de aanbeveling. Volgens hem gebeurt dat nu al. Hij denkt dat het goed is om productie en kennis op elkaar af te stellen. Hij denkt dat er wel een nadeel verbonden is aan het feit dat er dan grotere bedrijven ontstaan: *"Op patiëntniveau wordt de aandacht wel minder persoonlijk, en dus ook de producten worden minder persoonlijk. Die worden elders vervaardigd, vaak in het buitenland. Dat heeft zijn efficiëntieslag, maar ook zijn nadelen."*

De manager in de thuiszorg denkt dat samenwerking noodzakelijk zal zijn omdat er verschillende producten nodig zijn om de goede zorg te leveren aan een cliënt. Het liefst ziet zij zelfs dat alle verschillende systemen gekoppeld worden, dus dat je via het apparaat waarmee je contact maakt met je verpleger, ook contact maakt met de gemeente. *"Als er een cliënt een huisarts wil spreken dat die dat dan ook via dat beeldscherm kan doen. En heeft hij vragen bij de gemeente, dat je dan via dat scherm ook even in kan loggen bij de gemeente."*

#### **4.4.6 Aanbeveling: Overheid: bestaande sturingsmechanismen anders inzetten**

Met deze aanbeveling is de manager in de thuiszorg het eens. De huidige pilots die zij doet worden teruggekoppeld naar het ministerie van VWS. Hier moet dan goede wetgeving uitkomen. Wetgeving is echter niet een gebied waar de manager veel vanaf weet. De professor in de revalidatiegeneeskunde en technologie vindt dat zorgtechnologie een vast beleid zou moeten worden. *"de politiek is de keuze van ons allemaal (...) waar we zorg uit betalen en waar zorg uit zou moeten bestaan."* Volgens hem heeft de overheid een rol om zich voor te bereiden op de ontwikkelingen zoals vergrijzing.

De senior beleidsmedewerker vertelt dat het ministerie toe wil naar meer maatwerk. Dit geeft volgens hem meer ruimte voor zorgtechnologie en dus meer ruimte voor innovatie. VWS werkt daarom aan een nieuwe regelgeving,. Aanspraken op hulpmiddelen moeten in de toekomst worden gemaakt op basis van een functioneringsprobleem in plaats van op een (beperkte) productenlijst, zoals dat nu nog gaat.

De medisch ethica vindt dat de overheid een bewakende en regulerende taak heeft om te zorgen dat alle functies naar behoren uitgevoerd worden. Zij vraagt zich af: *"In hoeverre (...) heeft de overheid invloed op normen en waarden van de samenleving?"* Volgens de directeur-architect is de deregulering door de overheid nog niet volledig gerealiseerd. Hij geeft als voorbeeld het ziekenhuis in Lelystad, dat dreigt om te vallen door de financiële crisis. Het ziekenhuis is geen systeemziekenhuis, waardoor de overheid niet verplicht is het overeind te houden. Toch besluit minister Klink om in te grijpen. De directeurarchitect geeft aan dat speelruimte is die de overheid altijd heeft: ze kan sturen en ingrijpen.

De investeerder stelt dat bij de overheid vergemakkeling plaats vindt. *"Gaan ze weer Kamervragen stellen omdat iemand het bloeddrukmeterapparaat heeft doorgeslikt, wordt het weer verboden."* Het



moet volgens de investeerder aan de markt overgelaten worden. De overheid zou meer moeten reguleren en ervoor zorgen dat er geen excessen optreden. Ook vindt hij het belangrijk dat de overheid moet kijken hoe deze nieuwe zorgtechnologieën financieel aantrekkelijker kunnen maken. Als voorbeeld noemt hij dat op dit moment het nemen van een kraamhulp verplicht is, maar dit kost de overheid veel geld. Hij vindt het dan beter om hier de burger keuzevrijheid te geven. Een kraampakket ter waarde van 100 Euro in plaats van een kraamhulp voor mensen die dat niet willen kost dan niets meer. Hierdoor is er dan meer hulp voor mensen die het wel nodig hebben: *“Zorg gaat niet alleen over kosten, maar ook over levens en de kwaliteit van leven.”* Volgens hem moet de politiek voorstellen doorvoeren die een enorme kostenbesparing kunnen hebben op de zorg.

#### **4.4.7 Aanbeveling: Onderzoekers moeten benaderingen ontwikkelen om de dynamiek van techniekontwikkeling goed te conceptualiseren**

De professor technologie in de zorg vindt dit een moeilijke vraag. Hij denkt wel dat het in de toekomst handig is als er andere benaderingen komen, maar weet niet hoe die eruit moeten zien. Hij heeft er eigenlijk geen mening over: *“Waar ik nou zo bang voor ben, is dat er weer een bureau wordt opgezet met 100 man die gaan nadenken over hoe ze iets moeten kanaliseren, en dat kost net zoveel geld als het maar laten gebeuren en in de praktijk dan keuzes te maken.”*

De professor technologie in de zorg vindt dat de klassieke HTA-methode (Health Technology Assessment) altijd achter loopt. Dan is een techniek al gauw achterhaald, voordat die getest is. Beter is het om een methode te gebruiken die juist kan voorspellen hoe kansrijk een technologie is, en waarom. Hij zegt: *“Het probleem van de klassieke HTA methode is dat ze altijd achter lopen. Het model is van nou ik heb een technologie en die ga ik even proberen in een gerandomiseerde trial, en dat duurt drie, vier jaar. Op het moment dat je klaar bent is de techniek achterhaald.”* Van de andere stakeholders is hun visie op deze aanbeveling onbekend.

### **4.5 Discussie**

In dit hoofdstuk worden de verkregen resultaten ten aanzien van visies van de stakeholders en de aanbevelingen van het Rathenau Instituut besproken. Zo kan een objectief beeld worden verkregen van alle data genoemd in dit rapport, en zullen deze in een breder maatschappelijk perspectief kunnen worden geplaatst. Daarnaast worden de belangrijkste resultaten aangestipt die van belang kunnen zijn in toekomstige maatschappelijke debatten.

#### **4.5.1 Discussie: resultaten**

In totaal zijn er negen stakeholders geïnterviewd. Deze stakeholders zijn elk afkomstig uit een ander vakgebied en zien daarom eigen rollen voor zichzelf op de zelfzorgmarkt. Daarnaast zijn hun visies op hun eigen rol en op de rol van andere stakeholders divers. Personalisering van nieuwe technologieën wordt ook bekeken vanuit verschillende invalshoeken. Dit heeft tot gevolg dat de stakeholders verschillende meningen en visies met betrekking tot de personalisering van zorgtechnologie hebben.

Op het gebied van het begrip en de mening over de zorgconsument zijn de stakeholders goed vergelijkbaar. Dit zou verklaard kunnen worden door de samenvatting die meegestuurd is. In deze samenvatting wordt het begrip zorgconsument uitgebreid uitgelegd. De stakeholders hadden de mogelijkheid zich om een beeld te scheppen van zorgconsumenten en om hun mening te vormen.

Keuzevrijheid van de burger is een aspect dat meerdere keren als belangrijke waarde wordt aangestipt door de stakeholders. Er wordt echter bediscussieerd of er in het geval van ziekte überhaupt sprake is van keuzevrijheid. Daarnaast wordt ook vaker besproken of deze keuzevrijheid van de zorgconsument positieve of negatieve gevolgen had, en of de zorgconsument in staat is om rationele en bewuste keuzes te maken. De stakeholders hebben verschillende perspectieven over de zorgconsumenten en hun niveaus van rationaliteit en afhankelijkheid. Deze keuzevrijheid is een aspect dat in het beleidsplan 2009 van het ministerie van VWS genoemd wordt als één van de drie speerpunten voor de komende jaren.

De meeste stakeholders vinden dat de term “zorgconsument” niet de voorkeur voor gebruik in het dagelijks leven; een aantal stakeholders prefereert het begrip “cliënten”. De meningen over het nieuwe fenomeen van zorgconsument zijn verdeeld.

Meerdere keren noemden de stakeholders, als oorzaken van de ontwikkeling van de zorgconsument, de verbeterde mondigheid en een verhoogde input van kennis naar de zorgconsument. Deze verhoogde input van kennis wordt zowel als positief als negatief gezien. Enerzijds kan het volgens verschillende stakeholders worden gezien als een voordeel voor de zorgconsument. Anderzijds zien andere stakeholders hier nadelen aan omdat er vaak onjuiste informatie wordt verstrekt, en omdat de zorgconsument zichzelf verliest in de hoeveelheid informatie. De overheid en de arts worden genoemd als actoren die hierin een centrale rol zouden moeten hebben.

De verkoop van zorggerelateerde producten op de vrije markt, ook wel de zelfzorgmarkt genoemd, maakt dat de grens tussen gezond en ziek zijn zou kunnen vervagen. Dit wordt ook genoemd in het rapport van het Rathenau Instituut (Asveld & Besters, 2009) in relatie tot de groei van de wellness sector. Medicalisering van de maatschappij is een mogelijk gevolg van deze vervaging, volgens sommige stakeholders. Deze stakeholders zijn het erover eens dat medicalisering tot hogere kosten kan leiden, en dat deze kosten niet ten laste van de samenleving moeten komen.

De stakeholders noemen verschillende maatschappelijke veranderingen als gevolg van zorgtechnologieën. De meest genoemde veranderingen zijn het contact met zorgverleners en veranderingen in solidariteit. Volgens een aantal stakeholders zullen zorgtechnologieën waarschijnlijk het contact met zorgverleners vervangen als gevolg van het tekort aan zorgpersoneel. Aangegeven wordt dat door de technologieën de mensen langer en zelfstandiger thuis kunnen wonen. Een ander genoemd punt over het contact met de zorgverleners is dat zorgtechnologieën therapietrouw kunnen bevorderen door een betere controle. Wel dient hierbij de mate van controle overwogen te worden. Hier speelt ook privacy en autonomie een rol.

Ook blijkt dat de stakeholders aspecten als solidariteit, individuele belangen, collectieve belangen en keuzevrijheid in overweging nemen in relatie tot de maatschappelijke veranderingen die zorgtechnologie veroorzaakt. Solidariteit in de gezondheidszorg komt als belangrijke waarde naar voren en moet worden gewaarborgd door de overheid, volgens meerdere stakeholders. Er wordt

gedacht dat de toegenomen aandacht voor preventie en de individualisering van de zorg de solidariteit in gevaar brengen. De verantwoordelijkheid van de burger voor de eigen gezondheid wordt steeds groter en de individualisering kan leiden tot verschillen in de geleverde zorg bij dezelfde aandoeningen. Daarnaast zijn er economische aspecten mee gemoeid. De balans tussen solidariteit van individualisering is complex. Volgens enkele stakeholders is het een onderwerp voor publiek debat.

## **4.5.2 Discussie aanbevelingen**

Hieronder zullen de verschillende meningen van de stakeholders ten aanzien van de aanbevelingen die het Rathenau instituut heeft gedaan worden bediscussieerd.

### **Aanbeveling coachen patiënt**

De meningen over de noodzaak van coaching zijn verdeeld. Veel stakeholders geven aan dat het ontwerp zo simpel moet zijn dat coaching niet nodig is. Hierbij is veiligheid belangrijk. Ook is belangrijk dat de techniek afgestemd is op de doelgroep. Sommige stakeholders verwachten wel dat coaching noodzakelijk is, maar de meningen zijn verdeeld over wie verantwoordelijk is voor de coaching.

### **Aanbeveling patiëntenorganisaties bij coaching**

Een deel van de stakeholders ziet geen rol voor patiëntenorganisaties bij coaching. De patiëntenorganisaties zouden niet kritisch genoeg zijn. Voor dit rapport is echter geen patiëntenorganisatie geïnterviewd. Hierdoor is er geen visie vanuit deze stakeholder, wat een gemis is.

### **Aanbeveling zorgverzekeraars**

De belangrijkste taak voor de zorgverzekeraars is het bewaken van de kwaliteit. Zij moeten beslissen wat er in het verzekeringspakket komt. Een stakeholder vindt dat zorgverzekeraars zich winstgericht en kostenbesparend gedragen. Dit komt niet altijd ten goede aan de kwaliteit van de geleverde zorg. Een aantal rechten voor burgers zijn vastgelegd in Wet Cliëntenrechten zorg die in 2011 in werking moet treden. Hierin staat onder andere dat de patiënt duidelijke rechten moet krijgen om hun positie ten opzichte van zorgaanbieders en verzekeraars te versterken.

### **Aanbeveling producenten**

De meeste stakeholders zijn het erover eens dat allianties voordelen kunnen opleveren. Het is een ontwikkeling die nu al plaatsvindt omdat technieken voor één bedrijf vaak te duur zijn om ze alleen te ontwikkelen. Het is echter wel zo dat bedrijven alleen samen zullen werken als ze er zelf belang bij hebben. Ook wordt er door andere stakeholders besproken of er door het ontstaan van grotere bedrijven nog 'zorg op maat' kan worden geleverd. 'Zorg op maat' is een belangrijk speerpunt van het ministerie van VWS, zo blijkt ook uit het interview met de senior beleidsmaker. Deze ziet echter wel een toekomst met allianties en grotere bedrijven, die juist 'zorg op maat' leveren. De vraag is of dit reëel is. De praktijk zal het moeten uitwijzen.

## **Aanbeveling overheid**

De stakeholders geven bijna allemaal aan dat de overheid een regulerende taak heeft. Het is haar taak van de overheid om ervoor te zorgen dat de wetgeving op orde is, zodat er een kader is waarbinnen de verschillende stakeholders kunnen opereren. Maar: het merendeel van de stakeholders vindt tegelijk dat de overheid zich moet terugtrekken en de zorg moet laten leiden door marktwerking. De vraag is of belangrijke waarden en publieke belangen dan gewaarborgd blijven. In het huidige overheidsbeleid zijn toegankelijkheid, betaalbaarheid, en rechten van de burgers belangrijke speerpunten. Veel stakeholders zijn het over eens dat de verdediging van de rechten van burger en het waarborgen van publieke belangen een taak van de overheid is.

## 5 Conclusie

In dit hoofdstuk zullen de conclusies over de visies, ideeën en meningen van de stakeholders als gevolg van de personalisering van zorgtechnologie worden behandeld. Eerst zullen de antwoorden op de subvragen volgen. Op basis van deze conclusies zal daaropvolgend de hoofdvraag worden beantwoord: Wat is de visie van verschillende stakeholders met betrekking tot de veranderingen in de maatschappij als gevolg van personalisering van zorgtechnologie en hoe zien zij hun potentiële rol hierin? De conclusies over de aanbevelingen die het Rathenau Instituut doet in het rapport 'Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik' zullen in het hoofdstuk Aanbevelingen worden behandeld.

De stakeholders zien over het algemeen een redelijk duidelijke rol voor henzelf en voor anderen met betrekking tot nieuwe zorgtechnologieën. Echter, ze vinden het moeilijk te visualiseren wat deze rollen in de toekomst zullen en moeten zijn. Een aantal stakeholders ziet de nieuwe technologieën als een welkome ontwikkeling, die met zo min mogelijk weerstand hun intrede op de markt moeten kunnen doen. Andere stakeholders zien deze ontwikkelingen ook als iets positiefs, maar zijn van mening dat een overkoepelende en regulerende actor moet optreden in alle fases van dit proces. Volgens hen kan de overheid deze rol op zich nemen.

Tevens veronderstellen diverse stakeholders dat patiënten zelf een prominente rol moeten spelen bij nieuwe zorgtechnologieën. De visie vanuit de gebruiker zelf wordt erg belangrijk gevonden voor een goede implementatie van huidige en toekomstige zorgtechnologieën. Dit houdt niet in dat alléén patiënten gelden als een belangrijke actor. Het gros van de stakeholders ziet in de toekomst belangrijke rollen weggelegd voor producenten, verzekeraars en de overheid.

Logischerwijs hebben de stakeholders elk een andere visie op de personalisering van zorgtechnologie. Een aantal stakeholders vindt dat er met behulp van de nieuwe zorgtechnologieën beter op de behoeften en knelpunten in de zorg kan worden ingespeeld. De patiënt krijgt op deze manier zorg op maat aangeboden, en steeds meer keuzemogelijkheden. De resterende stakeholders zien deze personalisering van zorgtechnologie als minder rooskleurig. Nieuwe technologie wordt geïntroduceerd zonder dat men exact weet hoe die werkt en welke risico's eraan verbonden zijn. Patiënten worden nog onvoldoende begeleid en geïnformeerd.

Nieuwe zorgtechnologie kan een oplossing bieden voor de vergrijzing. Door de vergrijzing verwachten zij dat de frequentie van het contact tussen hulpverlener en patiënt onder druk kan komen te staan, of in bepaalde gevallen zelfs wegvalt. Zorg op afstand kan hiervoor een oplossing bieden. Als hiervoor goede technieken worden ontwikkeld en geïmplementeerd, kan het contact tussen hulpverlener en patiënt voortgezet worden. Daarentegen is de vorm van het contact veranderd van persoonlijk naar digitaal, via bijvoorbeeld internet. De vermindering van het aantal persoonlijke contactmomenten wordt door sommige stakeholders als bezwaar gezien. Door andere stakeholders wordt niet verwacht dat dit in de toekomst problemen oplevert. De verschuiving van nieuwe zorgtechnologieën wordt niet alleen veroorzaakt door de vergrijzing, maar ook door marktwerking. Dit kan een grenserving tussen gezond en ziek tot gevolg hebben.

Over het begrip zorgconsumenten is geen overeenstemming. Door de verschuiving, mede veroorzaakt door nieuwe zorgtechnologie, gedragen patiënten zich volgens het rapport van Rathenau steeds meer als (zorg)consumenten. Dit wordt echter niet onderschreven door alle geïnterviewde stakeholders. Het begrip zorgconsument wordt gedefinieerd door een voor de meeste stakeholders belangrijke waarde, namelijk keuzevrijheid. Zij stellen tegelijk wel ter discussie of zorgconsumenten wel in staat zijn rationele keuzes te maken. Ten tijde van ziekte kunnen zorgconsumenten volgens de stakeholders emotionele keuzes maken. Tevens kan het woord zorgconsument ten onrechte impliceren dat er sprake is van vrije keuze, wat niet altijd het geval zal zijn. Dit kan mede worden veroorzaakt door veranderingen in de maatschappij, zoals medicalisering als gevolg van de opkomst van de zelfzorgmarkt.

Andere mogelijke maatschappelijke veranderingen die genoemd worden, zijn de trends van individualisering en meer preventie. Zij kunnen het solidariteitsprincipe in de gezondheidszorg in gevaar brengen. De meningen hierover lopen uiteen. Een aantal stakeholders stelt dat de overheid een belangrijke rol heeft om deze solidariteit te waarborgen.

Het antwoord op de hoofdvraag luidt:

De personalisering van de zorg zal toenemen. De stakeholders zien hierin een risico voor de solidariteit in de zorg. Een grote rol is hierin voor de overheid weggelegd, aangezien zij een regulerende en controlerende autoriteit is. Desondanks kan de toepassing van nieuwe zorgtechnologieën veel voordelen met zich meebrengen, zoals het verminderen van werkdruk bij medisch personeel. Belangrijk is wel dat deze technologieën goed worden afgestemd op de doelgroep. De meeste stakeholders zien hierin een rol voor de producenten, maar ook de patiëntenorganisaties kunnen hierin een rol spelen. Verder kunnen zorgverzekeraars dienen als kwaliteitsbewakers.

## 6 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk volgt een aantal adviezen aan het Rathenau Instituut, betreffende zijn aanbevelingen in het rapport 'Medische technologie: Ook geschikt voor thuisgebruik'. Met de verkregen inzichten uit de interviews was het mogelijk deze adviezen op te stellen. Door rekening te houden met deze visies, rollen en meningen, is getracht maximale draagkracht voor de gegeven adviezen te realiseren. Voldoende draagvlak is immers een belangrijke factor in het succesvol toepassen van een nieuwe zorgtechnologie. Wel dient opgemerkt te worden dat het onmogelijk was om strikte adviezen te geven, gezien de beperkte omvang van de onderzochte groep (negen interviews). De onderstaande adviezen bieden wel inzicht in aanknopingspunten voor vervolgonderzoek. De adviezen zullen staan in dezelfde volgorde als de aanbevelingen in het genoemde rapport van het Rathenau Instituut.

### 6.1 De patiënt/zorgconsument moet zich laten coachen

Het coachen van de patiënt/zorgconsument zou in principe onnodig moeten zijn. Het gebruik van nieuwe medische technologieën moet zo eenvoudig mogelijk zijn en op het individu zijn afgestemd. Desalniettemin: ook als deze technologieën gebruiksvriendelijk zijn, dienen patiënten en zorgconsumenten hierover wel te worden voor- en ingelicht. Welke stakeholder verantwoordelijk is voor het geven van deze voorlichting is nog onduidelijk. Op welk gebied de verschillende stakeholders verantwoordelijkheden hebben, is nu nog een redelijk grijs gebied. Mede daarom wordt geadviseerd criteria op te stellen wanneer er wel en geen coaching nodig is. Dit vergt onderzoek naar wanneer iemand in staat is correct met nieuwe zorgtechnologie om te gaan. Tevens is het nodig om vast te leggen welke stakeholder verantwoordelijk is voor een bepaalde stap in het proces.

### 6.2 Patiëntenorganisaties en ouderenbonden: een cruciale rol vervullen in die coaching

Het is onduidelijk of patiëntenverenigingen en ouderenbonden een rol moeten vervullen bij de coaching. In dit onderzoek zijn deze partijen niet naar hun mening gevraagd, door de korte tijdspanne waarbinnen de data moest worden verkregen. In een eventueel vervolgonderzoek dienen zij wel geïnccludeerd te worden, om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen. Mochten er criteria worden vastgesteld omtrent coaching, dan zijn verantwoordelijkheden van verschillende partijen nog onvoldoende duidelijk. Die dienen te worden vastgesteld.

### 6.3 Zorgverzekeraars: bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe zorgtechnologie en de kwaliteit van deze technologieën bewaken

Zorgverzekeraars kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe zorgtechnologieën in de maatschappij, voornamelijk door deze op te nemen in het aanvullende pakket. In hoeverre zij mee

kunnen werken aan de ontwikkeling van nieuwe technologieën is nog onbekend. De impact hiervan is namelijk niet onderzocht bij de zorgverzekeraar. Tevens is slechts één verzekeraar geïnterviewd. Het geniet de voorkeur om meerdere zorgverzekeraars en de overkoepelde organisatie Zorgverzekeraars Nederland te betrekken in verder onderzoek.

Zorgverzekeraars kunnen een grote rol vervullen in het bewaken van de kwaliteit. De zorgverzekeraar was het hier ook mee eens, wat het draagvlak zal vergroten en de implementatie van het advies zal vergemakkelijken. Het beeld bij andere zorgverzekeraars is echter nog onduidelijk. Mochten er concrete afspraken worden gemaakt, dan dienen ook verantwoordelijkheden betreffende kwaliteit van technologie te worden vastgelegd. De code voor zorgverzekeraars bevat al een gedeelte omtrent verantwoordelijkheden. Zorgverzekeraars hebben echter ook commerciële belangen die tegenstrijdig kunnen zijn met het waarborgen van de kwaliteit. Het is raadzaam hierop toezicht te laten houden.

## **6.4 Professionele zorgverleners: investeren in kennis over nieuwe zorgtechnologie**

Deze aanbeveling gaat voornamelijk in op het opzetten van netwerken van technische dienstverleners. De visie van de stakeholders betreffende deze aanbeveling is nog onvoldoende bekend. Op basis van ons onderzoek zijn daarom geen concrete aanbevelingen te doen op dit gebied.

## **6.5 Producenten van zorgtechnologie: allianties sluiten en netwerken opzetten**

Producenten van zorgtechnologie zullen sneller netwerken opzetten en allianties sluiten wanneer zij hiervan voordeel hebben. Mogelijke voordelen zijn het bundelen van kennis en kostenreducties. Kostenreducties maken het waarschijnlijker dat er een markt ontstaat voor het product. Hierdoor krijgen de producenten meer kans op de benodigde steun van de overheid of van zorgverzekeraars. Het is echter onduidelijk hoe de producenten zichzelf hierin zien, welk beeld zij hebben van eventuele netwerken en hoe een netwerk vormgegeven kan worden. Verder moet duidelijk worden wie waarvoor verantwoordelijk is, en moet er een expliciete rolverdeling komen. Wanneer netwerken worden opgezet of allianties worden gesloten, geniet het de voorkeur in te spelen op de maatschappelijke behoeften en is het essentieel dat de belangen van de consument niet uit het oog worden verloren.

## **6.6 De overheid: bestaande sturingsmechanismen anders inzetten**

De overheid is begonnen met het creëren van meer ruimte voor maatwerk en innovatieve zorgtechnologieën, bijvoorbeeld door de aansprakelijkheid op hulpmiddelen niet langer te baseren op een productenlijst maar op een functioneringsprobleem. Het is belangrijk dat dit verder wordt ontwikkeld en dat mogelijkheden die ontstaan door de nieuwe regelgeving worden gecommuniceerd naar andere stakeholders zodat zij hierop kunnen inspelen. Wel is duidelijk dat het merendeel van de stakeholders vindt dat de toepassing van zorgtechnologieën aan de markt moet worden overgelaten. De taak van de overheid moet hierbij voornamelijk regulerend en bewakend zijn, waarbij het



maatschappelijk belang moet worden gewaarborgd. De precieze invulling van hoe de overheid dit moet bewerkstelligen, is nog onduidelijk. Mogelijk kan hierover meer duidelijkheid over ontstaan na een publiek debat.

## **6.7 Onderzoekers moeten benaderingen ontwikkelen om de dynamiek van techniekontwikkeling goed te conceptualiseren**

De visie van de stakeholders betreffende deze aanbeveling is nog onvoldoende bekend. Op basis van ons onderzoek zijn daarom geen concrete aanbevelingen te maken op dit gebied.

## **6.8 Verantwoordelijkheid**

Nu en in de toekomst kunnen technische zorgproducten verkregen worden door zorgconsumenten zonder tussenkomst van intermediären zoals artsen. Verantwoordelijkheden gaan hierdoor (mogelijk) verschuiven van de ene stakeholder naar de andere. Uit alle interviews kwam naar voren dat er nog onduidelijkheid bestaat over wie de verantwoordelijkheid draagt voor welk aspect in het zorgtechnologie proces, van ontwerp tot implementatie en evaluatie. Veel stakeholders zien hierin een rol weggelegd voor de overheid, voornamelijk in wet- en regelgeving. Echter, het verdient aanbeveling om te onderzoeken wie welke verantwoordelijkheid dient te dragen.

## **6.9 Financiële aspecten**

In de interviews kwamen financiële aspecten vaak naar voren. Deze moeten beter onderzocht worden, zodat hierin meer inzicht ontstaat. Hoe kunnen technologieën bijvoorbeeld financieel aantrekkelijk worden gemaakt? Het is nu onduidelijk of iemand hier op centraal niveau mee bezig is. Onderling worden er wel afspraken gemaakt, maar het overkoepelende beeld ontbreekt nog. Zoals al eerder genoemd is het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bezig de regelgeving aan te passen zodat er meer ruimte komt voor innovaties. Belangrijk is dat het Ministerie dit vervolgens communiceren naar andere stakeholders zodat zij hierop in kunnen spelen. De producenten moeten er voor zorgen dat nieuwe producten toegevoegde waarde hebben en voldoen aan (verzekerings-)pakketcriteria. Opvolgend kan gekeken worden naar hoe technologieën financieel aantrekkelijk kunnen worden gemaakt op een manier waarvoor draagvlak is. Hierbij moet niet alleen gedacht worden aan geldstromen, maar ook aan andere manieren om technologieën betaalbaar te maken.

# Verantwoording

Het onderzoek uit deze publicatie is in eerste instantie verricht voor onderwijsdoeleinden. In het kader van het vak 'Analysis of Governmental Policy' heeft een groep van tien studenten in opdracht van het Rathenau Instituut de conclusies en aanbevelingen uit het Rathenaurapport 'Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik' (2009) voor gelegd aan verschillende stakeholders. Het betreffende vak maakt onderdeel uit van de masteropleiding 'Management, Policy-Analysis and Entrepreneurship in Health and Life Sciences' van de Vrije Universiteit Amsterdam.

Vervolgens is de studenten gevraagd om de resultaten van hun onderzoek te presenteren tijdens de debatmiddag over het Rathenau-rapport 'Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik' op 21 januari 2010. Om die reden is door de betrokkenen van de VU Amsterdam en het Rathenau Instituut besloten de resultaten van het onderzoek als webpublicatie beschikbaar te stellen. Hiertoe is het initiële onderzoeksrapport grondig herzien en zijn de interviews geautoriseerd. De studenten zijn de auteurs van deze publicatie en dragen derhalve de verantwoordelijkheid voor de inhoud.

# 7 Bijlagen

## 7.1 Bijlage 1: Algemeen interview design

De cursieve gedeelten uit dit design worden gespecificeerd per interview!  
Vragen of het interview mag worden opgenomen.

### Introductie

Goede middag,

Wij zullen ons kort voorstellen. *Wij zijn ... en ...* volgen de Master Management, Policy-Analysis and Entrepreneurship in Health and Life Sciences aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Momenteel volgen we het vak Analysis of Governmental Policy. Als onderdeel van dit vak schrijven wij, in samenwerking met het Rathenau instituut, een adviesrapport. Het doel van dit adviesrapport is het in kaart brengen van ideeën, rollen, belangen en meningen van verschillende stakeholders met betrekking tot veranderingen in de samenleving als gevolg van personalisering van zorgtechnologie. Dit interview zal maximaal één uur duren en de onderwerpen die aan bod komen zijn: algemene vragen over u ideeën en visie over zorgtechnologieën, de verschuiving van patiënt naar zorgconsument, uw rol als actor en de rol van andere actoren.

### 1. Algemene vragen (± 10 minuten)

Ik ga starten met een aantal algemene vragen. *Hier kan je een korte inleiding geven over de persoonlijke situatie van de persoon die je gaat interviewen.*

Welke ervaringen heeft u met de opkomst van nieuwe zorgtechnologieën?

Op welke manier bent u op dit moment hierbij betrokken?

‘Nieuwe zorgtechnologieën’ is een breed begrip, waar ligt uw specifieke interesse, en waarom?

Hoe ziet u deze nieuwe zorgtechnologieën in de toekomst met betrekking tot de maatschappij?

### 2. De zorgconsument (± 10 minuten)

Uit het rapport ‘Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik’ van het Rathenau instituut, dat recent is gepubliceerd komt onder andere naar voren dat de opkomst van nieuwe zorgtechnologie als gevolg heeft dat de gezondheidszorg steeds verder personaliseert. De patiënt krijgt steeds meer controle over zijn of haar eigen gezondheid. In het rapport wordt geschreven dat het gevolg hiervan is dat patiënten veranderen in zorgconsumenten.

Wat verstaat u onder de zorgconsument?

Hoe is uw beeld tot stand gekomen?

Denkt u dat de zorgconsument competenties moet hebben om met de nieuwe zorgtechnologie om te kunnen gaan?

Het medische en niet-medische domein lopen steeds vaker door elkaar heen, bijvoorbeeld preventieve maatregelen voor niet-patiënten.

Merkt u daar ook wat van en zo ja, wat is uw mening hierover?

### 3. U, als actor (± 15 minuten)

Met de personalisering van de gezondheidszorg gaan ontwikkelingen gepaard. Dat kan mogelijk leiden tot nieuwe uitdagingen, maar ook tot spanningen en verschuivingen.

Hoe ziet u uzelf in deze ontwikkeling? (Doorvragen naar uitdagingen en/of spanningen).

Op welke manier ziet u verschil in uw huidige situatie nu in de toekomst?

Welke voor- en nadelen ziet u?

### 4. Andere betrokken actoren (± 20 minuten)

In het rapport 'Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik' van het Rathenau instituut, komen een aantal aanbevelingen naar voren. Deze willen we graag aan u voorleggen en uw reactie hierop weten.

Als eerste willen we graag weten wie in uw ogen belangrijk zijn op het gebied van nieuwe zorgtechnologieën?

Waarom heeft u deze mening?

Hoe kijkt u aan tegen verschillende verantwoordelijkheden van deze actoren met betrekking tot de medische technologieën?

Wat is uw eigen rol binnen deze verschillende actoren?

Welke relatie heeft u met deze actoren?

*De aanbevelingen kunnen in een andere volgorde aan bod komen, afhankelijk wie geïnterviewd wordt en wat het meest relevant is.*

Dan volgt nu de eerste aanbeveling: De patiënt/zorgconsument moet zich laten coachen. Dit wil zeggen dat omgaan met medische apparatuur en de juiste interpretatie hiervan kennis vereist.

Wat is hierop uw reactie?

De volgende aanbeveling is: patiëntenorganisaties en ouderenbonden moeten een cruciale rol vervullen in die coaching. Zij kunnen zorgen voor begeleiding en het geven van informatie.

Wat vindt u hiervan?

De volgende aanbeveling is: zorgverzekeraars moeten bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe zorgtechnologieën en de kwaliteit van deze technologieën bewaken. Zij kunnen een steeds meer stuwende kracht worden in de ontwikkeling van nieuwe zorgtechnologie.

Wat is hierop uw reactie?

Verder kunnen zorgverzekeraars hun rol als kwaliteitsbewaarders in de zorg uitdiepen door kritisch te zijn op producenten die zorgaanbieders en producenten van medische technologie leveren.

Wat vindt u hiervan?

De volgende aanbeveling is: producenten van zorgtechnologie moeten allianties sluiten en netwerken opzetten.

Wat is hierop uw reactie?

De volgende aanbeveling is dat de overheid sturingsmechanismen anders moet inzetten. Bestaande beleidsinstrumenten van de overheid kunnen worden ingezet om publieke belangen vorm te geven in

de constructie van zorgmarkten. Hierbij is het belangrijk dat de overheid een toekomstgericht en stabiel innovatiebeleid voert.

Hoe vindt u dat de politiek (parlementair, beleid of beide) zou moeten omgaan met de ontwikkeling van de personalisering van de zorgtechnologieën?

Ziet u een meerwaarde in het stellen van Kamervragen over dit onderwerp?

Zo ja, op welke manier? Zo nee, waarom niet?

De laatste aanbeveling is dat onderzoekers benaderingen moeten ontwikkelen om de dynamiek van techniekontwikkeling goed te conceptualiseren.

Wat vindt u hiervan?

### **Afsluiting**

Dit was het einde van het interview. Ik wil u hartelijk bedanken voor uw tijd en moeite. Het transcript zullen we zo snel mogelijk naar u opsturen, zodat u het kunt controleren op juistheid. We hebben nog een kleinigheidje voor u.

## **7.2 Bijlage 2: Samenvatting interviews**

Onderstaande samenvattingen van de verschillende interviews, zijn gecategoriseerd op basis van de subvragen. Daarnaast is er een categorie 'overige' waarin belangrijke data ondervalt die niet in een categorie van de subvragen past. Per categorie zijn er vaste labels ontwikkeld.

### **Interview 1**

**Professor L. de Witte: Professor Health Technology, Universiteit van Maastricht, lector aan de Hogeschool Zuyd, Heerlen (04-11-2009).**

**Hoe zien de stakeholders hun rol in het veranderingsproces als gevolg van de personalisering van zorgtechnologie?**

#### **Huidige rol stakeholders in zorgmarkt**

De professor technologie in de zorg merkt dat deze de technologie en de zorg nog niet goed op elkaar zijn afgestemd en probeert hier dan ook een brug tussen te slaan. Hij probeert door middel van onderzoek te definiëren, wat precies de behoeftes zijn vanuit de zorg en hoe technologie daar op aan kan sluiten en toegepast kan worden: *“En wat ik probeer is dus tussen die werelden te staan en door onderzoek ook echt beter te definiëren wat nou de behoeftes zijn in de zorg.”* Technologie ter ondersteuning van autonomie en regie is een belangrijk uitgangspunt. Zijn focus ligt daarbij op de versterking van de positie van de patiënt. Hij probeert ontwikkelingen te stimuleren, ze hebben een eigen onderzoeks- en ontwikkelingslijn. Ook is de professor betrokken bij projecten van anderen, bijvoorbeeld als promotor of adviseur.

Hij beschrijft dat zijn rol uit verschillende dingen bestaat. Naast onderzoek doet hij veel presentaties en lezingen. Hij probeert zijn visie over te brengen op verschillende actoren.

### **Visie (personalisering zorgtechnologie)**

De professor vindt dat technologie in de zorg heel veel te bieden heeft. Maar dat dat nog niet optimaal gebruikt wordt, omdat de technologie nog niet goed is afgestemd op de behoeftes vanuit de zorg. Samenwerking tussen de zorg en de wereld van de techniek is daarbij erg belangrijk. Om kort samen te vatten geeft hij in een paar zinnen aan hoe hij tegen dit veld aankijkt. *“...Winst in de zin dat daar de mensen meer ondersteund worden in hun mogelijkheden zelf controle te houden, zelf de regie, autonoom te functioneren en winst in de zin dat het voor professionals makkelijker wordt.”*

### **Belangrijke andere stakeholders en rollen**

De professor technologie in de zorg vindt dat met name belangrijke rollen voor de overheid en het bedrijfsleven zijn weggelegd. Voor de overheid ziet hij een belangrijke taak op het gebied van voorwaarden scheppen, innovatieklimaat scheppen, regelgeving creëren. Hij vindt dat ze dat op dit moment slecht doen en met name op het gebied van de financieringsstructuur. *“De overheid moet voorwaarden en een innovatieklimaat scheppen, moet regelgeving creëren en nieuwe dingen mogelijk maken. Dat doen ze heel slecht. Maar dat is wel een belangrijke taak.”* Het is niet duidelijk wie wat moet financieren, zorgverzekeraars of gemeentes (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO). Het bedrijfsleven moet samenwerken met technische universiteiten. Hij ziet hier een probleem, omdat het bedrijfsleven primair gestuurd wordt door geld maar dat dit niet altijd in het belang van de patiënt is.

## **Wat verstaan stakeholders onder het begrip zorgconsument?**

### **Mening over zorgconsument**

De professor geeft aan het lastig te vinden om het begrip zorgconsument te definiëren. Hij ziet de zorgconsument als diegene die zorg gebruikt en zegt dat die zorg er anders uit gaat zien: *“Er komt steeds meer preventie in en er komt steeds meer die monitoring in.”* Belangrijk vindt hij dat het sowieso niet functioneel is om mensen patiënt te noemen of niet-patiënt. Sommige mensen hebben een ziekte/stoornis en daarmee gepaard gaande beperkingen in hun (maatschappelijk) functioneren.

Hij vindt dat patiënten meer regie moeten krijgen over hun behandeling. Dit is iets wat veel te ver achter blijft op dit moment. De zorg moet daarbij de eigen regiemogelijkheden ondersteunen. Hij erkent dat er personalisering optreedt van bepaalde technologieën maar zegt dat dit nog helemaal niet is geïntegreerd in de professionele zorgsector en dat die sector dat ook eigenlijk niet wil. Daarnaast vindt hij het onzin dat ‘de zorgconsument’ bepaalde competenties nodig zou hebben, mensen functioneren volgens hem al iedere dag in de wereld. Belangrijk is dat iemand zelf bepaalt hoe hij/zij met een ziekte om wil gaan en daar ook de regie over heeft. Hij vergelijkt dit met het opvoeden van kinderen. Daarbij zijn ook verschillende mogelijkheden van ondersteuning maar uiteindelijk beslist iemand zelf hoe hij dit wil doen.

## **Welke mogelijke maatschappelijke veranderingen zien de stakeholders als gevolg van zorgtechnologieën?**

### **Maatschappelijke weerstand**

De professor verwacht dat er in eerste instantie weerstand zal zijn tegen zorgtechnologieën, maar dat na verloop van tijd mensen er aan zullen wennen en voordelen zullen gaan zien. Hij denkt dat dit snel kan gaan: *“...Dat dat gewoner zal worden ja. Dat er eerst een primaire weerstand is, maar als mensen zien: hé dat werkt wel, dat is toch eigenlijk wel verdomd handig.”*

## **Wat vinden de stakeholders van de aanbevelingen die het Rathenau Instituut doet in het rapport 'Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik'?**

Onderzoekers moeten benaderingen moeten ontwikkelen om de dynamiek van techniekontwikkeling goed te conceptualiseren.

De professor vindt dit een goede aanbeveling, hij vindt dat de klassieke HTA methode altijd achterloopt. De techniek is achterhaald voordat het getest is. Er moet een methode komen die vooraf kan zeggen of een technologie kansrijk is of niet en wat daar de redenen voor zijn.

De patiënt/zorgconsument moet zich laten coachen

De professor is het hier niet mee eens. Hij geeft aan dat sommige mensen die kennis helemaal niet nodig hebben. Als het om apparatuur gaat waar risico's en aansprakelijkheid bij komen kijken ontstaat er echter wel een grijs gebied, maar belangrijk is dat hij vindt dat het niet nodig moet zijn om gecoacht te worden. Techniek moet simpel zijn, dit moet de norm worden. Dat is volgens hem een fundamentele oplossing dan mensen gaan coachen. *"Ik vind dat technologie gewoon stom moet zijn ...Het moet niet fout kunnen gaan. Iedereen kan bellen met een telefoon, omdat deze robuust is gemaakt, dummy proof..."*

## **Overige**

### **Mismatch zorgtechnologie**

De professor geeft aan dat er een grote mismatch is tussen wat de technologie biedt en wat de behoeften en knelpunten in de zorg eigenlijk zijn. Bedrijven vinden van alles uit voor de zorg, de 'technology push' en dit proberen ze te verkopen aan de zorg. *"Maar tegelijkertijd zie je dat die technologie eigenlijk niet echt veel gebruikt wordt."*

### **Verschuiving verpleeghuis-thuis**

Hij denkt dat het onderscheid tussen intramurale en extramurale zorg steeds kleiner zal worden. Steeds meer mensen die nu nog in een verpleeghuis zouden wonen, zullen de komende jaren thuis blijven wonen. Dit is mogelijk doordat er steeds meer complexe technologie thuis gebruikt kan worden en bestuurd kan worden van afstand. *"Ja, ik denk dat er een soort continuüm gaat ontstaan. Dat een deel, mensen die nu eigenlijk in het verpleeghuis thuishoren, straks en nu soms al, gewoon thuis zullen blijven en dat je dus op de een of andere manier, diezelfde veiligheidszorg zult moeten bieden."*

### **Overheid en Zorginnovatie Platform**

Over het door de overheid in het leven geroep Zorginnovatie Platform is hij negatief. Hij zegt dat dit alleen subsidieregelingen zijn, maar zonder inhoudelijk kader. Dit staat haaks op de opgebouwde ervaring die Nederland heeft op het gebied van programmering. Bijvoorbeeld ZonMW is erg sterk in programma's.

## Interview 2

**De heer Dick Sietses, manager van het Health Innovation Fund, onderdeel van participatiemaatschappij Residex (06-11-2009).**

### **Hoe zien de stakeholders hun rol in het veranderingsproces als gevolg van de personalisering van zorgtechnologie?**

#### **Huidige rol stakeholders in zorgmarkt**

Het Health Innovation Fund is een onderdeel van de participatiemaatschappij Residex en is volledig toegespitst op het investeren in jonge innovatieve zorgondernemingen. Ze richten zich op de introductie van zorgtechnologieën die makkelijk en snel toepasbaar zijn: kleine initiatieven die veel impact hebben of zouden kunnen krijgen.

Twee voorbeelden: Novicare en Pulsecath. Novicare is een project waarbinnen de medische staf uit verpleeghuizen als een dienst aangeboden wordt aan patiënten. Deze worden zo individueel benaderd waardoor ze deze mensen niet zo snel naar een verpleeghuis hoeven. Bij Novicare hebben verpleeghuizen veel meer een managende en plannende rol. Patiënten kunnen thuis al behandeld worden en dan is de overgang niet zo groot, bovendien kunnen patiënten langer thuis blijven wonen. Pulsecath is een medisch device dat tijdens operaties of in de intensive care in het ritme van je hart meepompt.

#### **Visie (personalisering zorgtechnologie)**

De investeerder krijgt zelf vaak projectaanvragen binnen over technologieën die thuis gebruikt kunnen worden. Hij gaf als voorbeeld een bloedsuikermeter die je op een computer aan kan sluiten. Op deze manier zou de informatie naar een arts verzonden kunnen worden. Veel van dat soort projecten vindt hij niets: *“Vaak is het veel te veel vanuit de technologie gedreven.”* Daarnaast is hij van mening dat het geheel van een project goed moet zijn. Hier wordt binnen het bedrijf goed op gelet. *“Daarom is het best wel leuk wat jullie doen, namelijk alle stakeholders moeten er wat aan hebben.”*

#### **Toekomstige rol stakeholders in zorgmarkt**

Hij vindt dat het zorgsysteem zo groot is dat het moeilijk om mensen een hele grote rol te geven. Het gaat om het geheel. Hij geeft aan hier bescheiden in te zijn. Het is moeilijk meetbaar.

#### **Belangrijke andere stakeholders en rollen**

De investeerder is van mening dat banken en andere investeerders belangrijke rollen vervullen in nieuwe dingen mogelijk maken. Hij noemde de overheid en zorgverzekeraars als actoren die vooral nieuwe ontwikkelingen niet in de weg moeten staan. Veel technieken zijn er al volgens hem, maar het moet gewoon een weg vinden om toegepast te worden. Als voorbeeld gaf hij het feit dat bloedprikken in een laboratorium vergoed wordt, maar als je dit apparaatje thuis hebt vaak niet, of alleen tijdelijk via een ‘innovatiesubsidie’. *“Wat ik vaak zie is dat die actoren heel vaak naar eigen actoren aan het kijken zijn en naar hun businessplan, zonder dat er naar de consument gekeken wordt.”*

### **Wat verstaan stakeholders onder het begrip zorgconsument?**

#### **Mening over zorgconsument**

De investeerder vindt dit een moderne term, maar het idee erachter dat iemand niet meer als slachtoffer gezien wordt, maar meer iemand met een keuze, is volgens hem heel goed. De scheiding tussen patiënt en klant is volgens hem nog steeds groot, als het erop aan komt, wil iedereen dat alles



goed geregeld is. *“Als jij zo direct onder een auto terecht komt dan wil je gewoon met de eerste ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.”* Volgens hem zoeken mensen niet op internet op waar de beste en goedkoopste dokter te vinden is, maar gaan gewoon naar de dokter en volgen diens advies op. Hij vindt het een goede ontwikkeling in de thuiszorg, maar *“ook daar zitten mensen met hun handen in hun haar.”*

## **Welke mogelijke maatschappelijke veranderingen zien de stakeholders als gevolg van zorgtechnologieën?**

### **Maatschappelijke weerstand**

Hij noemde de gezondheid zelf als de nieuwste religie *“Gij heeft het aan zichzelf te danken als gij ziek wordt.”* als gevolg van de nieuwe trends in de zorgtechnologie. Hij noemt dit een gevaarlijke ontwikkeling. *“We leven om te leven en niet om de hele tijd op onze gezondheid te letten.”*

Er is een te kleine lijn tussen preventie en echte geneeskunde ontstaan. Er is volgens hem veel vergemakkelijking in de maatschappij. *“Van die Postbus 51 spotjes waarin onzinnige dingen geroepen worden over een bepaalde ziekte alleen maar om mensen iets te laten veranderen in hun levensstijl. Die dingen zijn waanzinnig genuanceerd.”* Hij gaf aan dat mensen op deze manier constant horen dat het aan henzelf ligt. De solidariteit van de gezondheidszorg komt zo in gevaar.

Er kan ook misbruik gemaakt worden van deze situatie. Hierbij noemde hij dieetgoeroes die veel verdienen aan deze nieuwe trend van gezondheidswaanzin: *“We kunnen niet allemaal de hele dag radijsjes eten...”*

### **Solidariteit en individualisering**

Hij gelooft zelf in natuurlijke marktwerking van de gezondheidszorg en het slim organiseren van de gezondheidszorg. Als voorbeeld geeft hij Medifera, een instelling waar je een afspraak kunt maken om een MRI-scan te laten maken zonder eerst tussen meerdere artsen heen en weer gestuurd te worden. Je hebt dus meteen de diagnose. *“Er wordt echt productie op gedraaid en het werkt als een tierelier. Wat ik dan jammer vind is dat je in de wachtkamer vooral topsporters aantreft, omdat de gewone Nederlander het niet weet te vinden, terwijl het voor iedereen in het basispakket vergoed wordt.”* Om dit te verbeteren moeten generale structuren binnen de gezondheidszorg veranderd worden. Het ‘oude’ systeem dat je eerst naar een dokter gaat om vervolgens doorgestuurd te worden werkt volgens hem niet meer. Er zijn alternatieven.

De technologieën moeten ondersteunend zijn en leiden tot kwaliteitsverbetering en niet alleen tot kostenbesparingen. Ze moeten niet ten koste gaan van de contacturen met de professional. Voorbeeld: pillendozen die automatisch aangevuld worden in de apotheek en afgeleverd worden bij de ‘klant’. Dit gaat ten koste van de contacturen van een verpleegster met die persoon, omdat zij altijd de pillendoos aanvulde aan het einde van de week. Processen zouden volgens de investeerder slimmer gemaakt moeten worden. Hij noemde hierbij het sleutelmanagement in de thuiszorg.

Het zorgverzekeringsstelsel moet op de schop volgens hem. Als voorbeeld noemde hij het feit dat als je aan preventie wil doen, wordt een verzekeraar hiervoor afgestraft. Hiervoor krijgt hij geen geld. *“Het is echt vanuit het goede van de verzekeraars dat ze preventieve maatregelen vergoeden, want het loont ze echt niet. Door de ingebouwde ‘solidariteit’ in het zorgstelsel is het voor verzekeraars gunstiger om chronisch zieken in hun bestand te hebben zitten, dan om te voorkomen dat mensen ziek worden.”*

## Wat vinden de stakeholders van de aanbevelingen die het Rathenau Instituut doet in het rapport 'Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik'?

### De patiënt/zorgconsument moet zich laten coachen

Hij vindt dit te ver gaan. Als voorbeeld geeft hij een nieuw apparaat waar je eerst voor naar een cursus moet om het te leren gebruiken. *“Dan schiet je je doel voorbij en zal de zorgconsument het apparaat niet gebruiken.”* Het werkt alleen als iemand zonder veel uitleg, of met een hele korte handleiding aan de slag kan.

### Zorgverzekeraars: bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe zorgtechnologie en de kwaliteit van deze technologieën bewaken

Zorgverzekeraars moeten laten zien dat er nieuwe dingen bestaan, dat zorg op een andere manier kan en dat het vergoed wordt. Hij noemde hierbij wel dat het lastig is om te bepalen welke apparaten goed zijn en welke er dan vergoed worden: *“Mag je bijvoorbeeld gewoon een bloeddrukmeter kopen bij de Kijkshop? De vraag is dan of er dan artsen zijn die een apparaat aanbevelen en dat je zelf mag kiezen of het huurt of koopt?”* Volgens hem is het een goede ontwikkeling dat zorgverzekeraars zich steeds meer gaan gedragen als bewaker van de kwaliteit van de zorg. Voor de verzekeraars is het volgens hem dan ook nodig dat producenten van zorgtechnologieën allianties sluiten. Hij gelooft daarin. *“Gisteren of eergisteren heeft Achmea een deal gesloten met Philips op het domotica vlak.”*

### De overheid: bestaande sturingsmechanismen anders inzetten

Volgens hem vindt ook bij de overheid de eerder genoemde vergemakkelijking plaats. *“Gaan ze weer Kamervragen stellen omdat iemand het bloeddrukmeterapparaat heeft doorgeslikt, wordt het weer verboden etc.”* Het moet aan de markt overgelaten worden. De overheid zou meer moeten reguleren en ervoor zorgen dat er geen excessen optreden. Ook vindt hij het belangrijk dat de overheid moet kijken naar hoe zij deze nieuwe zorgtechnologieën financieel aantrekkelijker kan maken.

Als voorbeeld gaf de investeerder dat op dit moment het nemen van een kraamhulp verplicht is, maar dit kost de overheid veel geld. Terwijl iedereen vindt dat de vader een grotere rol moet spelen bij de geboorte, moet de vader na 2 dagen weer aan het werk en krijgt hij op overheidskosten een substituut in huis. Hij vindt het dan beter om hier de burger keuzevrijheid te geven. Laat mensen jonge innovatieve zorgondernemingen kiezen of ze wel of geen kraamzorg willen en geef ze een kraampakket ter waarde van 100 Euro als ze afzien van kraamzorg. Hierdoor is er dan meer hulp voor mensen die het wel nodig hebben. *“Dit soort dingen zit nog niet in het systeem en dat is het hele jammere. Zorg gaat niet alleen over kosten, maar ook over levens en de kwaliteit van leven.”*

Volgens hem moet de politiek voorstellen doorvoeren die een enorme kostenbesparing kunnen hebben op de zorg.

## **Interview 3**

**De heer F. Pörtzgen, Directeur-architect bij Wiegerinck (06-11-2009).**

### **Hoe zien de stakeholders hun rol in het veranderingsproces als gevolg van de personalisering van zorgtechnologie?**

#### **Huidige rol stakeholders in zorgmarkt**

Het bedrijf Wiegerinck heeft voor 80% opdrachten in de zorgsector. Als één van de vier eigenaren van dit bedrijf heeft de directeurarchitect de eindverantwoording op het product, bijna altijd het gebouw. In de zorgsector speelt de eindgebruiker (de patiënt en de professionals) een intensieve rol en daarbij is het dus belangrijk dat er een goede communicatie is met de opdrachtgever. Vooral in ziekenhuizen speelt de zorgtechnologie een grote rol. Hij geeft aan dat er in de laatste 10/15 jaar veel veranderd is, in het ontwerpen van een gebouw, met de opkomst van de MRI. *“Radiotherapie en bestraling hebben een zwaar medisch-technisch accent en dus moet je precies weten wat deze apparaten precies kunnen en wat de eisen hiervan zijn.”* Hij geeft daarnaast ook aan dat het belangrijk is om je goed in te lezen en ervaring te hebben in de praktijk met betrekking tot deze nieuwe technologieën.

#### **Verschuiving van technologie in de zorg**

De directeurarchitect geeft aan dat door nieuwe technologieën goed te blijven ontwikkelen, technologieën naarmate de tijd verstrijkt steeds lichter, kleiner en dus steeds mobieler en zullen langzamerhand dus verdwijnen uit de ziekenhuizen. Daarnaast geeft hij aan, komen er ongetwijfeld nieuwe technieken bij, die weer gebonden zijn aan ziekenhuizen.

Voorbeeld verschuiving van de technologie in de zorg: *“Het feit dat de radio beeldvormende technieken, geen films meer ontwikkelen maar dat het allemaal digitaal is, heeft een ontzettende invloed gehad. Archieven, de verwerkingsruimte, zijn allemaal weg.”* Deze verandering heeft dus ook direct een gevolg op de bouw van een ziekenhuis.

### **Wat verstaan stakeholders onder het begrip zorgconsument?**

#### **Begrip patiënt/cliënt**

Hij is het er niet mee eens dat de patiënt eigenlijk gezien moet worden als cliënt, dat het een keuze heeft en dat daar ook concurrentie mee gepaard gaat. Het is volgens hem nog steeds zo dat over het algemeen de patiënt een afhankelijke positie heeft in vergelijking met de normale consument. *“De patiënt is afhankelijk en de basis voor je genezing is vertrouwen op je arts en de instelling waar het om gaat.”* Wel geeft hij aan dat de marktwerking in de zorg, er op een zekere hoogte, wel op los gelaten kan worden, maar dat betekend dan wel dat de zorgmarkt een overcapaciteit moet hebben.

### **Welke mogelijke maatschappelijke veranderingen zien de stakeholders als gevolg van zorgtechnologieën?**

#### **Verantwoordelijkheid**

In het interview geeft de directeurarchitect aan dat de overheid het niet gelukt is om grip te krijgen op de kosten in de gezondheidszorg. Hij geeft aan dat dit komt door de doorontwikkeling van de technologie. *“Techniek is op een zichzelf ontwikkelend fenomeen. Dat houdt totaal geen rekening mee met het financieringsstelsel”.* Dus wanneer er een nieuwe technologie is ontwikkeld dan zal deze ook ingezet worden, ondanks de hoge kosten die daaraan vastzitten. De hoge kosten die nieuwe

zorgtechnologieën met zich meebrengen heeft er dus voor gezorgd dat de overheid inzag dat het zo niet meer ging. De overheid heeft de verantwoordelijkheid van de hele financiering in de zorg teruggeschoven naar het veld, dus met name naar de instelling, de zorgautoriteit, de inspectie en de zorgverzekeraars. Hij is van mening dat daar dan ook het spanningsveld ligt.

Sinds een aantal jaar liggen de kapitaallasten en de verantwoordelijkheid volledig bij de instelling zelf. Deze verandering die vanuit de overheid is doorgevoerd heeft een grote impact op de bouw van een instelling en dus ook de positie van hem als architect daarin. *“Het is geen kwestie meer van zoveel mogelijk vierkante meters (...) maar het past wel in de bedrijfsstijlen van de instelling.”* Als architectenbureau is het van belang dat je scherper met de opdrachtgever hierover na moet denken en dus wordt hij meer een adviseur die meedenkt met het primaire proces van de opdrachtgever.

## **Wat vinden de stakeholders van de aanbevelingen die het Rathenau Instituut doet in het rapport ‘Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik?’**

### De overheid: bestaande sturingsmechanismen anders inzetten

De verantwoordelijkheid die nu in het veld is gelegd, zorgt ervoor dat de overheid een deregulerende positie krijgt, maar daar nog niet volledig in is. De directeurarchitect geeft als voorbeeld het ziekenhuis in Lelystad, dat dreigt om te vallen door de financiële crisis. Het ziekenhuis is geen systeemziekenhuis en dus is het niet noodzakelijk om hem overeind te houden. Toch besluit minister Klink om in te grijpen. Hij geeft aan in het interview dat dit de reflectie is die de overheid altijd heeft gehad, proberen te sturen en in te grijpen, en dat ze daar in feite van af moeten.

### Producenten van zorgtechnologie: allianties sluiten en netwerken opzetten

Hij is van mening dat integratie van ontwerp en techniek een rol gaat spelen en dat daar dan ook op ingespeeld moet worden. Een aantal voordelen ziet hij door samen te werken met verschillende bedrijven. *“Het is altijd goed als je op de hoogte bent van wat je doet, doordat je elkaar kent en met elkaar samen kunt werken natuurlijk.”* Of producenten onderling daadwerkelijk echt moeten samenwerken is hij nog niet helemaal over uit, maar het is in ieder geval wel handig.

## **Interview 4**

**J. van Ginneken: Senior beleidsmedewerker Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (10-11-2009).**

## **Hoe zien de stakeholders hun rol in het veranderingsproces als gevolg van de personalisering van zorgtechnologie?**

### **Huidige rol van stakeholders binnen de zorgmarkt**

De beleidsmedewerker houdt zich op het ministerie van VWS vooral bezig met de aanspraak op medische hulpmiddelen, wat er wel en niet in de basisverzekering zit. Hij volgt welke nieuwe technologieën er op de markt komen en jaarlijks wordt beoordeeld welke er in het basispakket komen.

### **Verschuiving van technologie in de zorg**

Tevens is het de taak van de overheid te anticiperen op toekomstige maatschappelijke problemen, bijvoorbeeld de vergrijzing. Innovaties op het gebied van medische technologie, bijvoorbeeld robotica, kunnen daar een belangrijke rol gaan spelen. *“Innovatie is voor ons ministerie een zeer belangrijk onderwerp. Als je kijkt naar de problemen die op ons afkomen, zien wij een groot personeelstekort binnen de zorgsector omdat de zorgvraag door de vergrijzing zal stijgen. Nieuwe technologie kan voor dat probleem een oplossing bieden.”*

Een andere rol van het ministerie, maar ook van de maatschappij, is nadenken over hoe om te gaan met nieuwe technologieën. Bijvoorbeeld over ethische, juridische, financiële en morele kwesties. Is de maatschappij voorbereid en is de regelgeving voldoende toereikend.

### **Belangrijke andere stakeholders en rollen**

Belangrijke actoren zijn, volgens hem, de producenten, verzekeraars, zorgverleners en patiënten.

## **Wat verstaan stakeholders onder het begrip zorgconsument?**

### **Mening over zorgconsument**

De beleidsmedewerker vindt het woord zorgconsument geen goed woord. Het woord consumeren impliceert dat er sprake is van een vrije keuze waarvoor niet altijd een noodzaak bestaat. In het geval van ziekte is vaak geen sprake van een vrije keuze. Consumenten vindt hij meer als vrijwillig gebruik klinken, waarbij er vergeleken en mogelijk uitgesteld kan worden. In het geval van gezondheid en zorg is daarvan niet altijd sprake. Wel ziet hij een positieve ontwikkeling als het gaat om kennis toename van zorggebruikers. Mensen zijn door verschillende input vanuit bijvoorbeeld de media kritischer en meer vraaggericht. Deze ontwikkeling wil de overheid stimuleren. *“Mensen hebben meer mogelijkheden om aan informatie te komen via internet, verenigingen en patiëntenorganisaties en andere media. Er is van veel meer kanten input van kennis. Men is ook kritischer en meer vraaggericht en dat is wel een ontwikkeling die op zich gunstig is.”*

### **Grens Medisch/niet-medisch onduidelijk**

Naast de zorgmarkt kunnen mensen ook als consument allerlei zorggerelateerde producten aanschaffen. Hij beaamt dat dit speelt. Hij geeft aan dat de overheid weinig invloed heeft wanneer het om niet verzekerde zorg gaat. De rol die de overheid hierin kan spelen is de burger voorlichten over de voor- en nadelen hiervan en ingrijpen op het moment dat iets een gevaar vormt voor de volksgezondheid.

## **Welke mogelijke maatschappelijke veranderingen zien de stakeholders als gevolg van zorgtechnologieën?**

### **Persoonlijk contact tussen patiënt en professional**

De beleidsmedewerker ziet kansen voor technologie vooral op het gebied van vergrijzing. Hij vindt het heel belangrijk dat producenten hun producten afstemmen op maatschappelijke problemen en de wensen van gebruikers. Nieuwe technologie kan er straks voor zorgen dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen en onafhankelijk zijn. Een keerzijde hiervan kan zijn dat er minder menselijk contact is. *“Het voordeel is dat je niet meer afhankelijk bent en zelfstandig bent. Niet meer afhankelijk van iemand die op gezette tijden langs moet komen om zorg te geven. Allerlei voorbeelden van dat je*

*langer thuis kunt blijven. De keerzijde is dan bijvoorbeeld: hoe zit het met menselijk contact? Hoe gaat zich dat ontwikkelen. Is iedereen daar wel blij mee en is onze maatschappij daar wel klaar voor? Dat we dat soort technologie straks in huis hebben.”*

### **Solidariteit en individualisering**

Over verantwoordelijkheden is hij duidelijk. De overheid draagt vanuit het solidariteitsbeginsel verantwoordelijkheid voor dat iedereen medisch noodzakelijke zorg krijgt. De toegankelijkheid tot deze zorg is gewaarborgd in het verplichte basispakket. Tevens kunnen zorgverzekeraars extra zorg aanbieden via een aanvullende verzekering. Hier kunnen consumenten dan zelf voor kiezen. Jan van Ginneken zegt dat de kwaliteit gewaarborgd wordt doordat producenten en verzekeraars door concurrentie vanzelf een goede balans zoeken tussen kwaliteit en prijs. Tevens moeten producenten zorgen dat medische hulpmiddelen een CE-markering krijgen voordat ze op de markt komen. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de kwaliteit.

Hij licht toe dat de overheid op dit moment meer kwaliteit en maatwerk in de zorg wil stimuleren. De patiënt moet centraal staan en daarbij mogen wet- en regelgeving geen grote belemmering vormen. Hij ziet hier mogelijk een spanning omdat het soms voor burgers dan niet duidelijk is waarom de ene persoon meer zorg krijgt dan de andere.

## **Wat vinden de stakeholders van de aanbevelingen die het Rathenau Instituut doet in het rapport ‘Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik?’**

### Overheid: bestaande sturingsmechanismen anders inzetten

De beleidsmedewerker vertelt hier mee bezig te zijn. Op dit moment bepaalt een productlijst welke hulpmiddelen wel of niet vergoed worden. VWS wil toe naar een aanspraak op basis van functioneringsprobleem. Dit geeft meer ruimte voor zorgtechnologie, meer ruimte voor innovatie en meer ruimte voor maatwerk. *“We zijn bezig met die maatwerking, die keuzemogelijkheden te vergroten binnen de regelgeving. Daardoor komt er meer ruimte voor nieuwe zorgtechnologie en voor innovatie. Dat noemen we stabiel innovatiebeleid dat toekomstbestendig is.”*

### Patiënt/ zorgconsument moet zich laten coachen

Iedereen heeft een stukje verantwoordelijkheid bij het gebruik van hulpmiddelen, vindt hij. Belangrijk is dat in de wet staat vastgelegd dat op het moment dat iemand een hulpmiddel krijgt iemand volledige ‘hulpmiddelenzorg’ krijgt. Daar hoort ook tekst en uitleg bij van de leverancier of voorschrijver.

### Patiëntenorganisaties en ouderenbonden: een cruciale rol vervullen in die coaching

Hier is hij het niet mee eens. Hij vindt dat als het gaat om hulpmiddelenzorg de direct betrokken partijen, arts, zorgaanbieder, leverancier, gebruiker en verzekeraar, verantwoordelijk zijn dat iemand ondersteuning krijgt bij het gebruik.

### Zorgverzekeraars: bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe zorgtechnologie en de kwaliteit van deze technologieën bewaken

Hij ziet hier geen directe rol voor zorgverzekeraars. Hij zegt dat zorgverzekeraars indirecte invloed hebben door het wel of niet opnemen van een product in hun pakket, maar dat het aan de producenten is hulpmiddelen te ontwikkelen die aantrekkelijk zijn voor de markt. Hij zegt dat het

belangrijk is dat de industrie zich gaat focussen op welke vragen er leven in de maatschappij en dat ze daar op moeten anticiperen.

#### Producenten van zorgtechnologie: allianties sluiten en netwerken opzetten

Hij vindt dat producenten zich moeten focussen op maatschappelijke problemen omdat daar kansen liggen voor hen. Ze moeten niet alleen kijken naar wat er technisch allemaal mogelijk is maar ook naar waar de maatschappelijke behoeftes liggen. Daarbij kunnen ze eventueel meer samenwerken, met elkaar en met de wetenschap. Belangrijk is dat ze naar de gebruiker luisteren. *“Wat ze in ieder geval moeten doen is zich focussen op maatschappelijke opgaven. De vergrijzing is een wereldwijd probleem dat gelijktijdig kansen biedt voor producenten.”*

## Overig

### **Dynamische markt**

De beleidsmedewerker benadrukt dat de markt van medische technologieën een dynamische markt is. Dat komt omdat het een gedereguleerde vrije markt is. *“Het heeft een andere dynamiek dan geneesmiddelen en ziekenhuiszorg. Het is een gedereguleerde markt met een veelheid van producten. Daarbij zitten sommige hulpmiddelen op het grensvlak van zorg en gemak.”* Dit is anders dan bij medische behandelingen of medicijnen. Binnen de huidige regelgeving gaat dit tot nu toe goed. *“Tot nu toe is de regelgeving afdoende. Er bestaan geen wantoestanden van producten die onveilig zijn of een risico zouden vormen voor de volksgezondheid. Dat is allemaal nog niet aan de orde. Als betrouwbare producent, ben je ook wel gek als je dat doet.”*

## Interview 5

### **Rob Adolfsen, Voorzitter Raad van Bestuur Agis Zorgverzekeringen (10-11-2009).**

### **Hoe zien de stakeholders hun rol in het veranderingsproces als gevolg van de personalisering van zorgtechnologie?**

#### **Verschuiving van technologie in de zorg**

Er komen steeds meer methoden en technieken in de zorg die hoge kosten veroorzaken, maar wel die beter zijn voor de gezondheid. Maar verandering hoeft niet alleen in de technologie te zitten; het is ook de vraag hoe je zo dicht mogelijk bij de wens van de klant kunt komen, tegen zo laag mogelijke kosten.

#### **Visie (personalisering zorgtechnologie)**

De verzekeraar kijkt met een schuin oog naar technologie. Niet alles wordt zomaar aangenomen.

#### **Huidige rol van stakeholder binnen de zorgmarkt**

De verzekeraar zelf is niet verantwoordelijk voor de technologie. Hij is gewoon betrokken bij het dekken van door verzekerden gemaakte zorgkosten. Het dient dus als intermediair tussen zorgverleners/instellingen en de verzekerden. Binnen deze zorgverzekeraar is er wel een participatiemaatschappij (een onderdeel) die innovaties doet in de zorg. Het bedrijf pakt nieuwe behandelingen, technieken en methoden op, mits er een goed business plan achter zit. Deze

financieren zij dan ook. Met de beschikking over een budget van 200 miljoen euro, proberen ze veranderingen te financieren. Voor innovatie moet immers geld van buitenaf komen. Dit is hun manier van investeren.

Ze proberen ook de mensen zoveel mogelijk te informeren over kwaliteit. Op de site van deze zorgverzekeraar vind je de Consumer Quality Index. Daar zie je hoe mensen bepaalde behandelingen kwalitatief hebben beoordeeld. Ook naar de nabehandeling wordt gekeken. De verzekeraar kijkt dus naar feedback van zorggebruikers, maar is ook bezig op andere terreinen, als nieuwe methoden en technologieën. Hieronder vallen bijvoorbeeld arbeidsbesparende dingen en informerende zaken. Dit allemaal om de zorg zo efficiënt mogelijk te laten functioneren.

### **Toekomstige rol van stakeholders in zorgmarkt**

De verzekeraar heeft natuurlijk toekomstplannen, maar in grote lijnen houdt het op dit gebied de technologie scherp in de gaten.

Belangrijke andere stakeholders en rollen

Research & Development van universiteiten! Niet alleen voor nieuwe behandelingen en medicijnen, maar ook voor nieuwe technologieën. De zorgverzekeraar is een groot voorstander van dat academische ziekenhuizen de nodige ruimte krijgen om ontwikkelingen te doen. Ook moeten landen niet apart onderzoek doen. Als iedereen samen onderzoek doet, en iedereen een deel voor zijn rekening neemt, dan leidt dat sneller tot resultaten. Er moet dus energie gestopt worden in ontwikkelingen. *“Ik ben er heilig van overtuigd dat complexe ontwikkelingen alleen via wetenschappelijk onderzoek kunnen; wetenschappelijk onderzoek is de kurk waarop je drijft.”*

## **Wat verstaan stakeholders onder het zorgconsument?**

### **Begrip patiënt/cliënt**

Als iemand op jonge leeftijd (geestelijk) ziek wordt, dan gaat hij/zij veel met internet doen, aangezien hij er bekend mee is. Als patiënt is het wel belangrijk dat je voldoende keuze hebt. Stel dat iemand een pil wil voor aandoening X en hij is onbetaalbaar, dan is die pil er alsnog niet. De taak van de verzekeraar is om dat medicijn toch beschikbaar te maken. Het is ook een groot goed dat mensen hun eigen verantwoordelijkheid nemen. Ook in de zorg. Ieder weldenkend mens antwoordt JA als hij gevraagd wordt of hij zelf verantwoordelijk wil zijn voor zijn keuzes. In de praktijk werkt dit echter vaak nog niet zo.

### **Mening over zorgconsument**

De verzekeraar ziet geen verschil tussen een zorgconsument en een patiënt. Bij zorgverzekeringen is de zorgconsument gewoon een consument van het verzekeringsproduct en een consument van de zorg. Om die reden is het een zorgconsument, maar blijft daarnaast gewoon een patiënt.

### **Grens Medisch/niet-medisch onduidelijk**

Er is niets tegen op medicalisering, als het maar niet ten laste is van de samenleving. Als iemand een bepaalde behandeling kan betalen omdat hij/zij die nodig acht, dan moet hij/zij dat doen. Genetische testen bijvoorbeeld mogen gewoon niet in het gezondheidspakket/basispakket komen. Daarom heet het basispakket: het is een verzekering bedoeld voor de basis.



## **Welke mogelijke maatschappelijke veranderingen zien de stakeholders als gevolg van zorgtechnologieën?**

De overheid faciliteert en stimuleert, door bijvoorbeeld een stimuleringssubsidie te geven. Ze moet ook aan ziekenhuizen doorgeven: als jullie samenwerken, dan kunnen jullie meer bereiken. Zo komen zaken binnen handbereik, die voorheen onmogelijk leken. Ze moeten zich vooral focussen op het faciliteren.

De overheid geeft teveel aandacht aan het tekort aan menskracht. En dat terwijl we heden ten dage, als de lijn vanaf 1960 doorgetrokken wordt, het tienvoudige aan zorgpersoneel nodig zouden hebben. Dat is niet het geval, dus is er een mechanisme dat er handige dingen ontstaan zijn, zoals technologieën volgens de verzekeraar.

### **Verantwoordelijkheid van de instelling**

Samenwerken tussen instellingen, zodat kosten laag worden gehouden en dus eerder door verzekering vergoed worden (zie ook aanbevelingen).

### **Individualisering en solidariteit**

Samenleven is belangrijk. We moeten terug naar hoe het er vroeger aan toe ging (zie ook aanbevelingen).

## **Wat vinden de stakeholders van de aanbevelingen die het Rathenau Instituut doet in het rapport 'Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik'?**

Zorgverzekeraars moeten zich actiever bemoeien met de kwaliteit van de zorgtechnologieën.

De zorgverzekeraar bepaalt alleen niet wat kwaliteit is. Echter, hij vindt wel dat als een beroepsgroep bepaalde normen opstelt, iemand van die beroepsgroep moet aantonen dat hij zich houdt aan de normen. Kwaliteit staat in die zin inderdaad hoog bij hem in het vaandel. Daarom hebben ze hier ook een 'vijflagen'-model opgesteld. Het basale niveau van kwaliteit wordt bepaald door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De verzekeraar vertrouwt erop dat een erkende zorgverlener zich in ieder geval hieraan houdt. Dan komt het tweede niveau. Dit zijn de kwaliteitseisen die de beroepsgroep stelt aan zichzelf en dit niveau bereikt een lid dan als die zich ook aan die kwaliteitseisen houdt. Het niveau daarboven is hoe je met de patiënten omgaat. Het vierde niveau is dat je niet alleen met je beroepsgroep intern praat, maar ook met patiëntenverenigingen extern die bij de beroepsgroep horen. Het vijfde niveau is het luxe niveau: service.

Er moeten samenwerkingsverbanden ontstaan om zelf eerst de markt te creëren zodat ze daardoor beter subsidie en steun kunnen krijgen vanuit de overheid of zorgverzekeringen.

Hier is de verzekeraar het volstrekt mee eens. De boel moet ingezet worden. Kostenreductie kan ook gedaan worden door samen te werken. Dit heeft wel durf nodig, om af te stappen van de bestaande denklijnen. Het ene ziekenhuis beschouwt het andere ziekenhuis vaak als de concurrent. Als ze apart werken, zal een technologie veel geld kosten, maar bij samenwerking worden de kosten gereduceerd.

Het is onbekend of zorgconsumenten voldoende kennis voor de technologieën hebben. Die moeten dan ook gecoacht worden.

Oudere patiënten hebben moeite met pillen op tijd te slikken, laat staan bij te houden. Technische zaken zijn dan al helemaal lastig voor ze, want die vragen om technologische vaardigheden. *“Tien procent van de bevolking is analfabeet. Daarboven is tien procent digibeet. Mijn stelling is dan ook dat twintig procent van de bevolking niet de juiste instructies heeft om technologieën te benutten in een individuele situatie. Maar niet meer mensen daarop sturen, want daar hebben we juist een tekort aan, en zijn tevens te duur.”*

Patiëntenorganisaties nemen deze coachende rol op zich.

Kijk maar naar Marokko. Zorgen voor elkaar, daar moeten we terug heen. De burens die voor elkaar zorgen; dat is ook samenleven. Als iedereen hieraan meedoet, dan zorgen we goed voor elkaar.

Er moet meer onderzoek komen naar hoe die nieuwe zorgtechnologieën geïmplementeerd kunnen worden in de maatschappij.

De overheid ondersteunt een aantal instituten, waaronder Exser, die zich bezighouden met de implementatie van dit soort technologieën in de samenleving.

## Overig

### Overheid en Zorginnovatie Platform

De verzekeraar noemde ook NOVUM (waarschijnlijk Novum zorgconsulting). Dat zou een instrument zijn van de overheid op het gebied van innovaties.

### Economische aspecten

De kunst is om enerzijds nieuwe technologieën te ontwikkelen, maar anderzijds ze op grote schaal inzetbaar, aantrekkelijk en betaalbaar te maken. Het beter inzetbaar maken doet deze zorgverzekeraar door dus een aantal innovaties op te pakken en te financieren.

Om een verandering te bewerkstelligen, is geld van buiten de cirkel nodig. Deze cirkel is het geld dat continue wordt rondgepompt in de zorg. Denk aan dit voorbeeld: wij betalen premie, dat geld gaat naar de lonen binnen de zorgverzekering en ook naar onkosten in de zorg. Dus voor innovaties moet geld van hierbuiten komen, door te investeren. De zorgverzekeraar probeert daarin te participeren door geld in te brengen en daarmee een innovatie van de grond te trekken.

Als jij nu zegt: *“ik heb een zere schouder, ik weet niet wat erin zit”*, dan zegt de dokter tegenwoordig: *“ga maar door de MRI scan”*. Twintig jaar geleden, bij hoge uitzonderingen, bijvoorbeeld als je zwaar kankerpatiënt was, ging je door de MRI scan. Dat apparaat was gewoon te duur, maar nu is het betaalbaar geworden.

### Keuzes maken: rationeel vs. emotioneel

De rol van de klant moet groot zijn en hij moet keuzemogelijkheden hebben. Een van de problemen van keuzes, is dat je ze soms rationeel maakt, maar als je eenmaal ziek bent, je dan emotioneel wordt. In een emotie maak je geen rationele keuze, terwijl dat toch wel nodig is. In dat spanningsveld bevindt deze zorgverzekeraar zich. Het is een heel moeilijk proces, want de patiënt is emotioneel en moet een keuze maken, terwijl verzekerden rationele keuzes maken. En als je emotioneel bent, zoek je altijd naar lichtpuntjes. Je houdt je vast aan die laatste strohalm.

## Interview 6

**Mevrouw M. Huisman, medewerker bij Cordaan thuiszorg, Amsterdam (10-11-2009).**

### **Hoe zien de stakeholders hun rol in het veranderingsproces als gevolg van de personalisering van zorgtechnologie?**

#### **Verschuiving van technologie in de zorg**

In de thuiszorg is een duidelijke verschuiving te zien naar zorg op afstand. Dit betekent dat cliënt een scherm bij hen thuis geïnstalleerd krijgen waarmee ze contact kunnen maken met een verpleger.

*“...Mensen die daar tijdelijk waren opgenomen om te revalideren na COPD problematiek, en die gingen dan naar huis en die kregen dan zo’n beeldscherm thuis en dan kon dan de longverpleegkundige op afstand de cliënt nog begeleiden.”* De manager in de thuiszorg ziet een duidelijke verschuiving naar meer vraaggestuurde zorg. Dit betekent onder andere dat er totaalpakketten aan cliënten aangeboden gaan worden aan cliënten.

#### **Toekomstige rol van thuiszorg**

Vanwege de vergrijzing verwacht de manager in de thuiszorg dat er bij de thuiszorg een mentaliteitsverandering plaats moet vinden, omdat mensen steeds langer thuis wonen.

*“Maar ik denk dit is natuurlijk ook de toekomst omdat we straks veel meer zorgvragers hebben dan dat we zorgbieders hebben. Dus je moet het op een andere manier gaan doen. Ik denk wel dat er een heleboel veranderingen moeten komen in de mentaliteit van zorgaanbieders.”* Ook zullen de zorgverleners getraind moeten worden om te kunnen werken met de nieuwe technologieën. *“Je moet heel goed kijken naar scholing. Zoiets zou het gebruik van de techniek, maar ook dat je andere gesprekstechnieken hebt dan normaal via een dergelijk scherm.”*

#### **Visie personalisering thuiszorg**

Ze ziet het als positieve ontwikkeling dat de zorg steeds persoonlijker wordt, waardoor de cliënt steeds meer te kiezen heeft. Ze zegt hierover *“Vanuit de cliënt gezien wel natuurlijk. De cliënt kan kiezen voor wat hij of zij nodig heeft. Het precies op vraag ontvangen.”* Dit is echter nog niet altijd mogelijk vanwege de wetgeving.

#### **Andere stakeholders**

De manager thuiszorg vindt dat er een belangrijke rol ligt voor stedelijke ontwikkelaars om te zorgen dat er één centraal systeem komt waarmee de burger kan communiceren met alle diensten binnen een stad, zoals de huisarts maar ook de gemeente. *“Wat je wilt is dat je natuurlijk inderdaad, tenminste wat handig zou zijn, is dat je een netwerk over heel de stad krijgt. Daar moet een stedelijk iemand een initiatief in nemen, net als met het zorgdossier.”* Ook vindt ze klankbordgroepen belangrijk bij de implementatie en het bepalen wie welke zorg nodig heeft. *“Wat ons veel informatie geeft, dat zijn de klankbordgroepen van cliënten. Daar moet je niet aan voorbij gaan.”*

## **Wat verstaan stakeholders onder het begrip zorgconsument?**

### **Mening over zorgconsument**

Volgens de manager thuiszorg wordt binnen de thuiszorg het begrip 'cliënt' gebruikt en niet zorgconsument. *"De cliënten, we hebben het over cliënten in de thuiszorg."* Deze cliënten zullen met doorschuiven van de generaties steeds beter om kunnen gaan met de nieuwe zorgtechnologie. Volgens haar worden zij ook *"veel mondiger dan dat het ooit was."* Ze ziet ook dat er steeds zelfmanagement komt, mensen die zelf bepalen wat ze willen en de regie hebben over hun eigen aandoening.

## **Welke mogelijke maatschappelijke veranderingen zien de stakeholders als gevolg van zorgtechnologieën?**

### **Verantwoordelijkheid zorginstelling**

De manager thuiszorg vindt het nog te vroeg om te zeggen of er verandering plaatsvindt van verantwoordelijkheden. Ze verwacht echter niet dat zorgaanbieders zich minder verantwoordelijk voelen.

## **Wat vinden de stakeholders van de aanbevelingen die het Rathenau Instituut doet in het rapport 'Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik'?**

### De zorgconsument moet zich laten coachen

De manager thuiszorg vindt dat de cliënt zich moeten laten coachen. Zij ziet hierin een belangrijke rol voor een persoonlijke coach, een case manager. Voor de huidige groep is het ook nog nodig zij getraind worden met het omgaan met de apparatuur. Voor de toekomstige ouderen zal dit veel minder het geval zijn, want die zijn al opgegroeid met computers: *"Kijk als wij ouderen zijn dan heb je redelijk goed met computers en alles omgaan. En dan is het niet meer zo nodig. Maar nu is het zeker nodig."*

### Patiëntenorganisaties en ouderenbonden moeten een cruciale rol spelen in het coachen

Zij ziet een duidelijke rol weggelegd voor vrijwilligersorganisaties om cliënten te begeleiden in het gebruik van apparatuur: *"Daar worden vrijwilligers van impuls ingezet om de cliënt dus te begeleiden in bijvoorbeeld hoe kan ik met dat scherm omgaan en wat kan ik daar vinden."*

### Zorgverzekeraars moeten bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe zorgtechnologieën

Volgens de manager thuiszorg spelen zorgverzekeraars nu al een grote rol in het ontwikkelen van nieuwe zorgtechnologieën. Om een nieuw product te kunnen gebruiken, zal ook mogelijk moeten zijn om deze te kunnen declareren. *"Nou je moet die ontwikkeling wel samen doen met het zorgkantoor. Dat kan haast niet anders."* Ook als kwaliteitsbewaker ziet ze een belangrijke rol voor de zorgverzekeraars.

### Producten moeten allianties sluiten

Ze denkt dat samenwerking noodzakelijk zal zijn omdat er verschillende producten nodig zijn om de goede zorg te leveren aan een cliënt. Het liefst ziet zij zelfs dat alle verschillende systemen gekoppeld worden, dus dat je via het apparaat waarmee je contact maakt met je verpleger, ook contact maakt met de gemeente. *“Als er een cliënt een huisarts wil spreken dat die dat dan ook via dat beeldscherm kan doen. En heeft hij vragen bij de gemeente, dat je dan via dat scherm ook even in kan loggen bij de gemeente.”*

### De overheid moet meer sturende mechanismen inzetten

Met deze aanbeveling is de manager thuiszorg het eens. Zo moet de privacy beschermd worden. Ook worden de huidige pilots teruggekoppeld naar het ministerie van VWS. Hier moet dan goede wetgeving uitkomen. Wetgeving is echter niet een gebied waar M. Huisman veel vanaf weet.

## **Overig**

### **Screening**

Er zal steeds meer en vroeger gescreend worden op risico's bij cliënten, volgens de manager thuiszorg. Dit betekent meer samenwerking met verschillende zorgaanbieders om te kunnen zien wanneer iemand welke zorg nodig heeft. Een belangrijke rol hierbij zal liggen in case manager. *“Dat huishoudelijke hulpen al kunnen signaleren van nou die is, er kan sprake zijn van dementie en dan, dat doen we nu bijvoorbeeld ook met de valpreventie.”*

## **Interview 7**

**Mevrouw Josée Hansen, Hoofdinspecteur geneesmiddelen en medische technologie bij de Inspectie van de Gezondheidszorg, Utrecht (16-11-2009).**

### **Hoe zien de stakeholders hun rol in het veranderingsproces als gevolg van de personalisering van zorgtechnologie?**

#### **Verschuiving van technologie in de zorg**

De opkomst van zelftests ziet de hoofdinspecteur IGZ als een groot dilemma. In feite zijn deze vrij verkrijgbaar, dus iedereen kan ze aanschaffen en gebruiken. Echter missen de meeste mensen de kennis om de resultaten goed te kunnen interpreteren. Ook is de vraag wat je moet als er een positieve test volgt op een ongeneselijke ziekte. Die mensen zullen een beroep op de zorg doen, terwijl dat nog niet strikt noodzakelijk is. *“(…)testen op CJD bijvoorbeeld, Creutzfeldt-Jakob Disease. Op het moment dat je weet dat je het hebt, kan je er gewoon niets aan doen. Het is niet te genezen. Eigenlijk ga je dan een groot beroep doen op de zorg terwijl dat niet nodig is. Sommige dingen die zijn er, maar daar kan je niet zoveel mee. (...)De gebruiker kan niet interpreteren, die kan alleen zwart-wit zien. Wij zien dan het risico, wat doe je daarna.”*

### **Toekomstige rol van inspectie**

De hoofdinspecteur IGZ zou graag zien dat de inspectie een veel grotere rol krijgt in het evalueren van bestaande medicijnen en producten. Op dit moment wordt er door fabrikanten erg weinig aandacht besteed aan deze terugkoppeling.

### **Visie personalisering thuiszorg**

Volgens haar wordt nieuwe zorgtechnologie geïntroduceerd zonder dat men zich van te voren afvraagt of hoe het gebruikt kan worden en wat de risico's voor de gebruiker zijn. *“Nieuwe zorgtechnologieën worden geïntroduceerd zonder dat men zich voorbereid op de selectie introductie, onderhoud enz. Dat is eigenlijk het belangrijkste. Als je begint moet je weten wat je nodig hebt, dus een ‘needs assessment’.”*

### **Andere stakeholders**

Veel stakeholders vinden de zorgtechnologie erg belangrijk. Echter hebben maar weinig het ook (hoog) op de agenda staan. Dit betekent dat de *“articulatie van de vraag eigenlijk niet tot stand komt”*. De grote bedrijven besteden vooral veel aandacht aan imaging technieken, en niet aan technieken voor de thuiszorg. Alleen Phillips is bezig met ambient technology. Dit is gezien de vergrijzing een groot nadeel. *“Wat ons opvalt, is dat dat heel veel over imaging gaat en heel veel over ziekenhuistechnologie. Minder over ambient technology.”* *“Ja, natuurlijk vind ik dat een nadeel. Als je kijkt naar de aging population, niet alleen hier maar ook in de ontwikkelingslanden, dan zou je daar al iets aan moeten doen.”* Hier ligt een taak voor de samenleving om het wel op de onderzoeksagenda van de grote bedrijven te zetten.

## **Wat verstaan stakeholders onder het begrip zorgconsument?**

### **Begrip patiënt/cliënt**

Bij de Inspectie voor Gezondheidszorg wordt eigenlijk nooit gesproken over zorgconsumenten. Het gaat daar altijd om cliënten, mensen die langdurige zorg ontvangen, of om patiënten, mensen die in behandeling zijn. *“Dus op het moment dat iemand langdurige zorg nodig heeft cliënten en anders over patiënten. ‘Zorgconsumenten’ is niet een begrip dat wij hanteren is ons toezicht.”*

### **Mening over zorgconsument**

Een belangrijk aspect van de nieuwe technologie is dat het afgestemd is op de doelgroep. Dit betekent dat een apparaat zo ontworpen zou moeten worden, dat een gebruiker niet gecoacht hoeft te worden. Het is heel belangrijk dat een fabrikant van te voren een risicoanalyse maakt. *“Ik vind het ontwerp van een product, ook van een infuuspomp of wat dan ook, moet afgestemd zijn op de omgeving waarin je het gebruikt.”*

## **Wat vinden de stakeholders van de aanbevelingen die het Rathenau Instituut doet in het rapport ‘Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik?’**

### De zorgconsument moet zich laten coachen

De hoofdinspecteur IGZ vindt dat technologie zo ontworpen moet zijn dat een gebruiker geen coaching nodig heeft. Dit zou eventueel later altijd nog kunnen, maar het belangrijker om al gelijk bij het ontwerp van het product rekening mee te houden wie het gaat gebruiken. *“Coachen kan altijd, maar je moet eerst kijken naar het ontwerp.”*

### Patiëntenorganisaties en ouderenbonden moeten een cruciale rol spelen in het coachen

De hoofdinspecteur IGZ ziet voor patiëntenorganisaties en ouderenbonden niet zozeer een rol in het coachen, maar wel een rol in fabrikanten duidelijk maken wat de eisen op een bepaald gebied zijn.

*“Niet coachen in termen, van jij hebt een probleem, dat gaan we oplossen via coachen. Ik zou het veel meer zoeken in het versterken van de countervailing powers om te zorgen dat jouw eisen en jouw wensen gehoord worden bij degene die dat apparaat ontwerpt en levert.”*

### Zorgverzekeraars moeten bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe zorgtechnologieën

Voor de zorgverzekeraars ziet de hoofdinspecteur IGZ een belangrijke rol weggelegd in het nu bedenken welke technieken er in 2020 nodig zullen zijn. Dit wordt op dit moment veel te weinig gedaan. Er wordt veel te veel alleen naar volgend jaar gekeken, in plaats van dat er een lange termijnplanning wordt gemaakt waarbij gekeken wordt wat de behoeften zullen zijn van de groep ouderen die er nu aankomt. *“De zorgverzekeraars zouden nu moeten weten, als we kijken naar pakweg 2015, 2020, 2030, wat willen we dan? Welke zorg willen onze verzekerden geven? Ik vind het allemaal zo vaag achteraf. Ze moeten veel eerder in de keten gaan zitten.”*

### Producenten moeten allianties sluiten

Producenten zullen allianties sluiten als zij denken dat het nut heeft. Dit is op het moment ook gaande bij de producenten van imaging technieken. Dit is zo complex geworden dat er te weinig mensen er voldoende verstand van hebben en het te duur is om zelfstandig te ontwikkelen. *“Die gaan niet apart werken, er zijn en te weinig specialisten en het is te duur. Als bedrijven baat zien bij een alliantie zullen ze dat zeker doen.”* Verder is het, als het tot een alliantie komt, erg belangrijk dat er iemand is die deze leidt. Hier zou een rol kunnen liggen voor de zorgverzekeraars. Zij zijn het die hier het meeste belang bij hebben. *“Ik kan me heel goed voorstellen dat er vanuit de rol van de verzekeraars, de verzekeraar heeft uiteindelijk de verantwoordelijkheid om te zorgen dat zijn verzekerde goede zorg krijgt(...) Dan kun je aan bedrijven vragen, en kunt u leveren? En dan kun je vragen, wat zit erin wat kunt u niet leveren?”*

## **Interview 8**

### **Hans Rietman, Professor Revalidatiegeneeskunde en -technologie van de Universiteit Twente (16-11-2009).**

### **Hoe zien de stakeholders hun rol in het veranderingsproces als gevolg van de personalisering van zorgtechnologie?**

#### **Rol in de toekomst voor stakeholder, rol andere stakeholders**

De professor in de revalidatiegeneeskunde en -technologie ziet een rol voor de huisartsen, paramedici en andere hulpverleners weggelegd in het hebben van de centrale regie rondom de zorgconsumptie van de patiënt, welke verandert door nieuwe zorgtechnologieën. De arts zou met zijn kennis een leidraad kunnen bieden door middel van persoonlijk contact. Hij kan de patiënt ondersteunen in het maken van beslissingen over en het gebruik van betrouwbare technologieën: “de arts moet zich toch wat paternaliserend opstellen ten opzichte van de patiënt. Er moet een samenwerkingsverband ontstaan met de patiënt waardoor zijn behoeftes duidelijk worden.

### Andere stakeholders

De patiënt heeft volgens hem een grote rol bij de implementatie van technologie: *"De laatste stap van gebruikmaken van technologie is vaak een behoorlijke stap dus daar heb je de patiënt bij nodig, (...) en is dus niet technologiegedreven maar vraaggedreven."* De patiënt moet betrokken worden bij de evaluatie van zorgtechnologieën.

Daarnaast gelooft hij niet in de privatisering van de gezondheidszorg op basis van concurrentie. De overheid moet een belangrijke rol spelen om de gelijkheid in de zorg te behouden.

### Visie

De professor in de revalidatiegeneeskunde en -technologie denkt dat zorgtechnologie een gedeeltelijke oplossing kan zijn voor de vergrijzing, en het daaropvolgende tekort aan zorgpersoneel. Hij denkt dat persoonlijk contact met zorgpersoneel gedeeltelijk kan worden ingevuld door technologie, door bijvoorbeeld meer behandeling thuis, of verkorting van opnameduur. Als voorbeeld stelt hij dat tele-consultatie hierin een rol kan spelen. De patiënt kan met behulp van het web een arts consulteren. Toch benadrukt hij dat het persoonlijk contact belangrijk blijft. *"Het wil niet zeggen dat ik de technologie als vervanging zie voor de huidige therapieën, want zeker voor de psyche van patiënten (...) is het belangrijk dat de patiënt persoonlijk contact houdt met behandelaars. Maar ik denk dat je die frequentie die anders noodgedwongen omlaag gaat, dat je die zou kunnen handhaven."*

## Wat verstaan stakeholders onder het begrip zorgconsument?

### Begrip patiënt/cliënt en mening over zorgconsument

De professor denkt dat het begrip zorgconsument in de toekomst wel van toepassing is. De technologie komt steeds dichterbij de patiënt en wordt steeds persoonlijker. Hierdoor heeft de patiënt ook veel meer keuze in het zorgaanbod zonder tussenkomst van medische professionals. Als de patiënt verstandig omgaat met zijn klachten dan kan hij zelf de keuzes maken in wie hij consulteert of waar hij gebruik van wil maken. Hij ziet het als een goede ontwikkeling dat de patiënt meer keuzevrijheid heeft. Toch ziet hij ook nadelen. Doordat sommige patiënten veel zorg consumeren en veel informatie aangereikt krijgen zien ze 'door de bomen het bos niet meer'. Hier zou volgens de professor in de revalidatiegeneeskunde en -technologie de arts de centrale regie moeten hebben.

### Grens medisch – niet medisch

Door bepaalde preventieve maatregelen vervaagt de grens ziek/niet-ziek. Volgens de professor kunnen voor risicogroepen preventieve maatregelen een voordeel zijn, maar anderzijds kan het ook tot medicalisering van de maatschappij leiden, en tot hogere zorgkosten: *"Omdat je als patiënt veel meer gericht raakt op wat je allemaal kunt krijgen, (...) dat mensen eerder geneigd zijn om een dokter te consulteren, (...) of preventief overal wat aan laten doen terwijl dat misschien niet nodig is."*

## Welke mogelijke maatschappelijke veranderingen zien de stakeholders als gevolg van zorgtechnologieën?

### Contact professionals

De professor in de revalidatiegeneeskunde en -technologie denkt dat het toekomstige tekort aan contact met zorgpersoneel gedeeltelijk kan worden opgevangen door zorgtechnologie. Vermindering



van persoonlijk contact tussen patiënt en zorgpersoneel ziet hij niet als een nadeel: *"...Het blijkt dat mensen dat ook niet zo erg vinden, dat ze bijvoorbeeld in plaats van drie keer per week een fysiotherapeut zien, hem nu een keer zien en die andere twee keer worden vervangen door een webbased- of thuisprogramma."*

Ook zou de zorgtechnologie therapietrouw kunnen bevorderen, doordat er een soort controle is op de te volgen therapie. Hier zijn volgens hem wel ethische bezwaren aan: deze controle zou ook extreme vormen kunnen aannemen. *"Je kunt er natuurlijk in doorslaan, dat je hem blijft controleren in alles wat hij doet. (...) In hoeverre laat je het herstel controleren door een medicus?"*

### **Solidariteit en individualisering**

De professor ziet een grote rol voor de overheid voor het behouden van gelijkheid in de zorg, vooral in het kader van mogelijke privatisering van de gezondheidszorg in de toekomst. *"In mijn visie zou de overheid daar een hele belangrijke rol in moeten blijven houden, wil je de gezondheidszorg op een bepaald niveau houden, dat er voor iedereen gelijkheid in blijft, ook in de toekomst. Zeker wanneer zorgtechnologie interessant wordt (...) dan wil iedereen er gebruik van kunnen maken, maar wil iedereen dat ook op een gelijke manier dan is de sturende rol van de overheid zeker nodig."*

## **Wat vinden de stakeholders van de aanbevelingen die het Rathenau Instituut doet in het rapport 'Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik'?**

### Patiënt/ zorgconsument moet zich laten coachen

De professor in de revalidatiegeneeskunde en -technologie is het hiermee eens. *"Als je een patiënt in de toekomst met een robotachtige applicatie naar huis stuurt zal die heel goed met de therapeut alle ins en outs van zo'n robot moeten kunnen bespreken (...) zodat de patiënt ook weet wat die moet doen als het niet goed zou gaan, maar ook dat die daar zijn eigen keuze in kan maken."*

### Patiëntenorganisaties en ouderbonden moeten een rol spelen bij die coaching

Hij is het hiermee eens, maar vindt dat men zich af moet vragen of patiëntenorganisaties dit aankunnen. Misschien zouden patiëntenorganisaties zich weer moeten laten coachen door zorgprofessionals. Ook denkt hij dat patiëntenorganisaties soms minder kritisch kunnen zijn op technologie, omdat ze vooral oplossingsgericht zijn. Voor objectiviteit zou er dan toch een derde partij bij betrokken moeten worden. *"Patiëntenorganisaties zijn natuurlijk kwetsbaar. Die staan voor een patiëntengroep met een bepaalde aandoening, en willen graag dat er een bepaalde oplossing voor wordt gevonden, en zijn daardoor minder kritisch op technologie."*

### Zorgverzekeraars: bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe zorgtechnologie en de kwaliteit van deze technologieën bewaken

Hier is de professor het mee eens. Hij ziet dat op dit moment als een probleem, omdat zorgverzekeraars vaak niet de neiging hebben om zorgtechnologie te implementeren, vanwege kosten. De zorgverzekeraar kan in de toekomst een cruciale rol spelen in het stimuleren van zorgtechnologie. Hij ziet hier voor de overheid een controlerende rol: *"Zorgverzekeraars maken keuzes die misschien niet altijd met kwaliteit te maken hebben maar met kosten. Dus dat het niet alleen van zorgverzekeraars afhangt of zorgtechnologie geïmplementeerd wordt."*

### Producenten van technologie: allianties sluiten en netwerken opzetten

Ook hier is de professor het mee eens. Volgens hem gebeurt dat nu al. Hij denkt dat het goed is om productie en kennis op elkaar af te stellen. Hij denkt dat er wel een nadeel verbonden is aan het feit dat er dan grotere bedrijven ontstaan: " (...) *Op patiëntniveau wordt de aandacht wel minder persoonlijk, en dus ook de producten worden minder persoonlijk. Die worden elders vervaardigd, vaak in het buitenland. Dat heeft zijn efficiëntieslag, maar ook zijn nadelen.*"

### Hoe vindt u dat de politiek (parlementair of beleid of beide?) zou moeten omgaan met de ontwikkeling van de personalisering van de zorgtechnologieën?

De professor in de revalidatiegeneeskunde en -technologie vindt dat zorgtechnologie een vast beleid zou moeten worden. *"De politiek is de keuze van ons allemaal (...) waar we zorg uit betalen en waar zorg uit zou moeten bestaan."* Volgens hem heeft de overheid een rol om zich voor te bereiden op de ontwikkelingen zoals vergrijzing.

### Onderzoekers benaderingen moeten ontwikkelen om de dynamiek van techniekontwikkeling goed te conceptualiseren

Hij vindt dit een moeilijke vraag. Hij denkt wel dat het in de toekomst handig is dat er andere benaderingen komen, maar weet niet hoe dat eruit moet zien. Hij heeft er eigenlijk geen mening over: *"Waar ik nou zo bang voor ben is dat er weer een bureau wordt opgezet met 100 man die gaan nadenken over hoe ze iets moeten kanaliseren, en dat kost net zoveel geld als het maar laten gebeuren en daar keuzes in maken."*

### Professionele hulpverleners moeten op de hoogte blijven van gepersonaliseerde zorgtechnologie en geïnvesteerd worden in netwerk van ondersteunende technische diensten

Volgens de professor kan het niet zonder: ondersteunende technische diensten: *"Het valt en staat met het gebruikersgemak, maar ook met de service die daaraan gekoppeld is (...) misschien wel cruciaal bij het gebruik van technologie."*

## **Interview 9**

### **Dr. Madeleine Roovers, Ethica in Medisch Ethische toetsingscommissies (16-11-2009).**

### **Hoe zien de stakeholders hun rol in het veranderingsproces als gevolg van de personalisering van zorgtechnologie?**

#### **Directe functie binnen de zorgmarkt**

In de toetsingscommissie komen veel trials langs. Deze zijn gericht op uitvinden en testen van nieuwe technieken, medicamenten en gedragsdeskundige handelingen. Haar taak als ethicus ziet zij als dingen opmerken en verhelderen, het zien van schijnargumenten, discussielijnen reconstrueren, waarden destilleren, normen naastleggen, en zien waar de verhoudingen liggen en kijken waaruit wij tussen gaan kiezen.

### **Visie op zorgtechnologie thuis**

De introductie en implementatie van nieuwe zorgtechnologieën is een onherroepelijke gang van zaken. In principe vindt zij daar niets verkeers aan. Zorgconsumenten moeten wel aan de goede informatie komen. Ze vindt dat zorgconsumenten gewaarborgd moeten worden dat ze niet in gevaarlijke situaties verkeren. De medisch ethica vindt het eigenlijk ook een morele plicht dat als de kennis voorhanden is om het menselijk bestaan te verbeteren, dit moet worden gebruikt. Zij vindt dat degenen die van mening zijn dat wij de natuur zijn gang moeten laten gaan, vergeten dat wij sinds het begin bezig zijn met te ontsnappen aan het natuurlijk lot. Er worden dijken gebouwd, kinderen opgevoed, de geneeskunde ontwikkelt zich, onze voortplanting wordt gemanipuleerd, allemaal om uit de ban van het natuurlot te blijven. Het hele menselijk bestaan is daar al eeuwig mee bezig geweest. Zij is dan hierin heel consequent, en vindt het dan ook moreel verplicht.

### **Rol in toekomst**

Volgens de medisch ethica zal haar rol hetzelfde zijn. De hele ethiek is volgens haar in de eeuwen heen voortdurend veranderd. Zij is van mening dat wij nog lang niet aan het einde zijn van het menselijk proces op aarde. Dus ethiek bloeit in tijden van onzekerheid. En nu met die nieuwe technologie, wat moeten wij hiervan vinden?

### **Belangrijke andere stakeholders en rollen**

Volgens haar zijn dat de industrie, patiënten en uitvoerders/artsen/onderzoekers en de opiniemakers en de pers.

## **Wat verstaan stakeholders onder het begrip zorgconsument?**

### **Begrip patiënt/cliënt**

De medisch ethica vindt dat iedereen hieronder valt. Als voorbeeld geeft zij zichzelf die verkouden is en dan even kan opzoeken wat het precies is. *“Je gaat googelen en je krijgt dan meer kennis. Het hoort erbij.”*

### **Mening over zorgconsument**

Zij vindt dat zorgconsumenten goed moeten worden voorgelicht. *“Ik kan me voorstellen dat dit voor nieuwe problemen zorgt voor de overheid. Zij moet neutraal en objectief/professioneel voorlichten. Je ziet gebeuren dat bij de griepvaccinaties de overheid en de medische stand niet meer vertrouwd worden. Waar ligt dat aan?”*

### **Grens medisch/niet-medisch onduidelijk**

Zij vindt dat er een verschil is tussen zieke en niet zieke mensen. *“Mensen die kanker hebben, blindedarm ontsteking etc. van de wal in de sloot raken, doen een beroep op de gezondheidszorg. Maar de vaccinaties, de voortplantingstechnologieën, cosmetische industrieën etc. gaat over gezonde mensen. Wat mensen vinden van nieuwe technologieën die de kwaliteit van leven mogelijk bevorderen, en hoe zij nut en noodzaak daarvan wegen, moet in de beroepsgroepdiscussies en in de publieke arena aan de orde gesteld worden.”*

## Welke mogelijke maatschappelijke veranderingen zien de stakeholders als gevolg van zorgtechnologieën?

### Solidariteit en individualisering

Ook dat zal volgens de medisch ethica aan de orde worden gesteld in het publieke debat waardoor mensen zich gaan realiseren wat het allemaal betekent. *“Het is niet aan mij om te zeggen we moeten links of rechts af. Ik heb een indicatie gegeven wat belangrijk is. De mensen en NL zullen zelf gaan uitmaken aan de hand van voorlichting, opinies wat zij van bepaalde dingen gaan vinden. Dat is een voortdurend proces. Als er bepaalde economische voorwaarden zijn, zal dit resulteren in keuzes.”*

### Weerstand

Zij loopt met name aan op tegen conflicten van belangen in deze processen. *“Je moet de schouder zetten tegen de industrie die mogelijk onwenselijke, maar wel financieel profijtelijke producten op de markt willen zetten en consumenten die onterechte eisen stellen. Het is balanceren tussen verschillende belangen.”*

## Wat vinden de stakeholders van de aanbevelingen die het Rathenau Instituut doet in het rapport ‘Medische technologie: ook geschikt voor thuisgebruik?’

### De zorgconsument moet zich laten coachen

De instrumenten moeten zo gemaakt worden dat ze er niet mee verongelukken. Handleidingen moeten duidelijk en volledig zijn en mensen moeten eerlijk en precies geïnformeerd worden over de mogelijkheden en de eventuele gevaren.

### Patiëntenorganisaties en ouderenbonden moeten een cruciale rol spelen in het coachen

Ook al is dit meer afhankelijk van het type patiëntenorganisatie, is het fijn als er een organisatie is die achter je staat. Het is een uit nood geboren structuur.

### Zorgverzekeraars moeten bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe zorgtechnologieën

Deze rol kunnen zij eigenlijk niet hebben aangezien zij een eigen agenda hebben. Volgens de medisch ethica moet je opletten. Zorgverzekeraars willen verdienen, geld overhouden en vooral niet teveel betalen als het niet hoeft. Ze moeten volgens haar goed bij het handje gehouden worden.

### Producenten moeten allianties sluiten

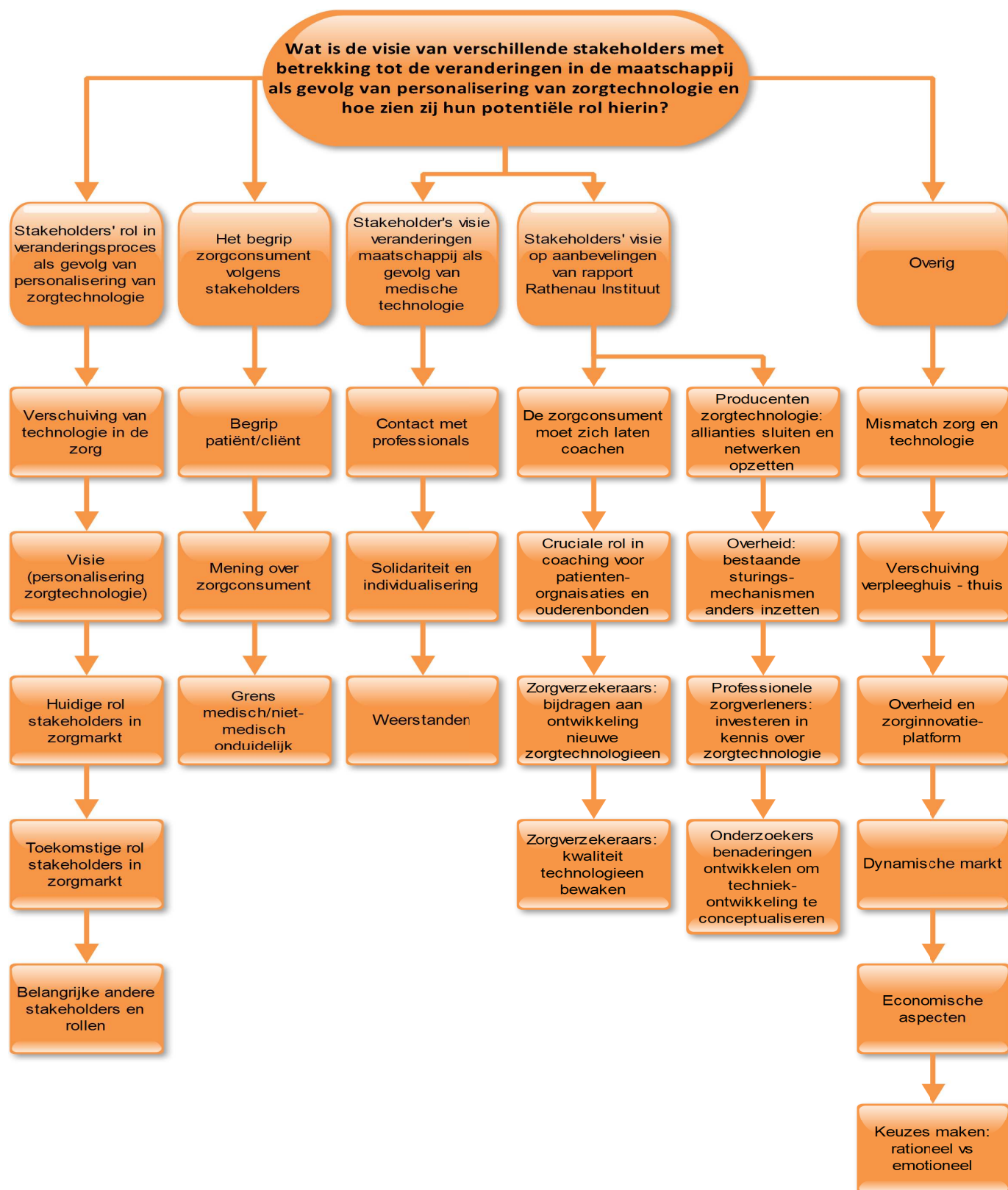
Volgens de medisch ethica is dit niet zo. Ze vindt dat men moet opletten hiervoor. Zij is dan ook zeer voor gescheiden verantwoordelijkheden. Het gaat anders allemaal glijden omdat verschillende participanten hun werk niet goed doen

### De overheid moet meer sturende mechanismen inzetten

De overheid heeft een bewakende en regulerende taak om te zorgen dat alle functies naar behoren uitgevoerd worden. Zij vraagt zich dan ook af of de overheid een normatieve functie heeft. In hoeverre, zou je de vraag kunnen stellen, heeft de overheid invloed op normen en waarden van de samenleving? De overheid mag dan ook geen draai geven aan de personalisering van zorgtechnologieën. Dit ziet ze niet als een taak voor zichzelf. Zij moet zorgen dat de verschillende

partijen het werk doen waarvoor zij zijn aangesteld en dat ze dit goed doen, orde heerst, en mensen niet in de verdrukking komen. Zij moet zorgen dat de (grond)wet gehandhaafd blijft. Dat is niet gering, als de overheid daar in slaagt, is zij al een heel eind.

## 7.3 Bijlage 3: Coderingsboom





## 7.4 Bijlage 4: Matrix

Categorie	Labels	Interview: L. de Witte	Interview: D. Sietses	Interview: F. Pörtzgen	Interview: M. Huisman	Interview: R. Adolfsen	Interview: H. Rietman	Interview: J. Hansen	Interview: J. van Ginneken	Interview: M. Roovers
Rol van veranderingsproces personalisering	<b>Verschuiving technologie in de zorg</b>	Nog niet bij professionals geïntegreerd, o.a. vanwege weerstand.  Meer preventie / monitoring	--	Mobieler  Naar thuissituatie.  Nieuwe technieken zijn ziekenhuis gebonden.	Duidelijke verschuiving te zien naar zorg-op-afstand.	Technieken voor betere gezondheid.  Duurder.	Gedeeltelijke oplossing vergrijzing.	Zelftests een groot dilemma.  De meeste mensen missen de kennis om de resultaten goed te kunnen interpreteren.	-Overheid anticiperen op maatschappelijke problemen, technologie hierbij rol. -Denken over ethische, morele en juridische kwesties. - Maatschappij en regelgeving voorbereiden.	Waarborging van consument.
	<b>Personalisering van de zorgtechnologie</b>	Veel te bieden.  Onvoldoende benut.	--	--	Zorg wordt steeds persoonlijker	Consument maakt rationele keuzes.  Patiënt	Verkorting opnameduur, meer thuisbehandeling.	Zorgtechnologie geïntroduceerd zonder dat men zich van te voren	--	Een onherroepelijke gang van zaken, op zich niets mis mee.
	<b>Huidige rol</b>	-Brug tussen technologie en zorg d.m.v. Onderzoek. -Versterkt positie patiënt. -Stimuleren ontwikkelingen -Informatie overbrengen	Investering in nieuwe zorginnovaties	Eindverantwoordelijke voor ontwerp van bouw	--	Dekt zorgkosten  Financieren zorginnovaties.  Informereren over kwaliteit zorg.  Beschikbaar maken	Onderzoek	--	Aanspraak op medische technologie, wat wel en niet in basispakket.	Dingen opmerken en verhelderen.  Het zien van schijnargument, discussielijnen reconstrueren, waarden destilleren, normen



		door lezings en presentaties				techniek.				vastleggen.
	<b>Rol in de toekomst</b>	Bescheiden rol in geheel.	Zorgsysteem dusdanig groot dat de stakeholder zichzelf een bescheiden rol aanmeet.	Nieuwe technieken aanpassen op bouw.  Adviesrol tijdens ontwerp.	Mentaliteitsverandering zal plaatsvinden vanwege vergrijzing.	Techniek in de gaten houden.	Arts moet centrale regie houden.	Veel grotere rol krijgt in het evalueren van bestaande medicijnen en producten.	--	Zelfde als heden.
	<b>Belangrijke andere stakeholders en rollen</b>	Overheid: - Innovatie. klimaat - Regelgeving. - Financiering s-systeem.  Bedrijfsleven : - Techniek. - Producten. verkopen. - Samenwerking met technische Universiteiten.	Banken Investerders Financiering en investering. Overheid Zorgverzekeraars  Innovaties de kans bieden om zich te ontwikkelen.	--	Stedelijke ontwikkelaar	Wetenschappelijk onderzoek.	Voor patiënt: - Vraagsturing - Overheid rol: - Om gelijkheid te behouden. verzekeraar: - Stimuleren.	Grote bedrijven.	Producent, verzekeraars en gebruikers.	Patiënten en uitvoerders, artsen, medici en de opiniemakers en de pers.
<b>Begrip zorgconsument</b>	<b>Definitie</b>	Persoon die zorgt gebruikt.	--	--	Clïënt.	Consument van zorgverzekering.	Keuzevrijheid.	I.p.v. Zorgconsument cliënten, mensen die	Impliceert vrije keuze.	--
	<b>Mening</b>	-Meer regie behandeling. -Zorg is ter ondersteuning.	-Moderne term, maar aangezien men niet meer als	-Afhankelijk. -Vertrouwen in arts, instelling is nodig.	Per generatie steeds beter omgang met zorgtechno-	Moet een keus hebben.	Patiënt vrijheid van keuze, maar kan verward raken. arts	Zorg technologie afstemmen op de doelgroep.	Geen goede term, want niet altijd sprake van vrije keuze.	Iedereen is een zorgconsument.
	<b>Medische grens</b>	--	Gezondheid als religie.	--	Meer zelfmanage	Overmedicalisering geen	Medicalisering	--	-Sommige producten	-Duidelijke grens tussen

			Grens medisch/niet medisch onduidelijk.		ment.	probleem wanneer voor eigen kosten.	maatschappij als gevolg.		zijn aan te schaffen als consument. De overheid heeft hier geen invloed op. -Voorlichten en ingrijpen waar nodig.	echt ziek en vanuit filosofisch oogpunt ziek.
Visie personalisering	<b>Contact met professionals</b>	-Eerst weerstand, Later inzien voordelen.	Technologie niet ten kosten van contacturen.	--	--	--	- Minder contact geen probleem, maar moet blijven bestaan	--	Mogelijke keerzijde minder menselijk contact.	
	<b>Solidariteit en individualisering</b>	--	Trend preventie kan solidariteit in gevaar brengen			Solidariteit belangrijk. -Voor elkaar zorgen.	- Overheid rol om gelijkheid in zorg te behouden.	-	Zorgverzekeringssysteem gebaseerd op solidariteit op gebied van	-Wordt aan de orde gesteld in het publieke debat.
	<b>Zorg consument.</b>	Oneens. Techniek moet simpel zijn.	Niet laten coachen. Simpele technologie.	--	cliënt zich moeten laten coachen door persoonlijke coach.	20% heeft niet de capaciteit.	Eens: patiënt moet weten hoe het werkt.	Oneens, geen coaching nodig.	-Iedereen stuk verantwoordelijkheid -Bij een hulpmiddel hoort volledige hulpmiddelen zorg ook uitleg.	Instrumenten moeten zo gemaakt worden dat men er niet mee verongelukt.
	<b>Patiëntenorganisaties</b>	--	--	--	Duidelijke rol weggelegd voor vrijwilligersorganisaties om cliënten te begeleiden.	Onvoldoende menskracht voor coaching. Bekenden moeten coachen.	Eens, maar twijfel over kritischheid.	Niet zozeer een rol in het coachen, maar wel om bij fabrikanten eisen duidelijk te maken.	Niet hun taak. Ligt primair bij arts, verzekeraar, leverancier, zorgaanbieder.	Afhankelijk van het type patiëntenorganisatie.
	<b>Zorgverzekeraars</b>	--	Laten zien dat er	--	Zorgverzekeraars nu al	Mee eens. Hoge	Eens, maar rol overheid	Belangrijke rol	Geen directe rol.	Geen rol vanwege

		alternatieven zijn.		een grote rol in het ontwikkelen van nieuwe zorgtechnologieën.	kwaliteitseisen stellen.	voor controle op kwaliteitsgerichtheid, niet alleen kosten-gerichtheid.	weggelegd in het nu bedenken welke technieken er in 2020 nodig zullen zijn.	Invloed door wel/ niet opnemen pakket.	eigen agenda.
<b>Hulpverleners</b>	--	--	--	--	--	Grote rol hulpverlener s in	--	--	--
<b>Producten</b>	--	Allianties sluiten.	Integratie ontwerp.  Samenwerking met bedrijven.	--	Mee eens.  Buiten kaders denken  Kostenreductie.	Eens, maar nadeel is minder personalisering	Alleen waar het nut heeft zoals nu te zien is bij imaging technieken.	Producenten moeten zich richten op maatschappelijke problemen.	Men moet hiervoor opletten!
<b>Overheid</b>	--	Overheid moet reguleren en niet letten op kleine dingen en voortgang tegenhouden.	Dereguleren de positie.	Mee eens Tevens privacy waarborgen.	- Faciliteren en reguleren.	Eens, zou vast beleid moeten zijn.	--	Overheid wil toe naar meer maatwerk, dit creëert meer ruimte voor technologie. Geen productlijst meer.	Bewakende en regulerende taak, geen normatieve taak.
<b>Onderzoekers</b>	Eens. HTA is achterhaald.	--	--	--	Onderzoek is er al.	Geen duidelijke mening, nadeel kan zijn dat dit net zoveel kost als eigenlijke doel.	--	--	--

Overig	Mismatch zorgtechnologie	--	--	--	--	Techniek moet inzetbaar, aantrekkelijk	--	--	--	--
	Verschui- ving verpleeg- huisthuis	Verschil wordt kleiner.  Monitoring buitenaf.  Thuis technologie	--	--	--	--	--	--	--	--
	Overheid en Zorginno- vatie Platform	Subsidie zonder inhoud.  Geen stimulerende rol.	--	--	--	--	--	--	--	--
	ZonMW	Sterke programma's	--	--	--	--	--	--	--	--